Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj pół tora arkusza.

Redakcyja: Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Ulica Podwale Nr. 84.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Boulv. Voltaire 180, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	$1\frac{1}{2}$ „	4 „	6 „

Kraków, 16 kwietnia 1881. **№ 16.** Rok XX.

I. Z kliniki okulistycznéj Prof. Dra. Rydla.

O zwyrodnieniu barwikowém siatkówki.

Podał asystent Dr. Machek.

Pierwsze dokładne anatomiczne badania dotyczące złogów barwika w siatkówce podał Donders (*Graefe's Archiv* III). Twierdził on, że barwik nagromadza się w skutek przewlekłego zapalenia téj błony, zkąd pochodzi i dziś jeszcze używana nazwa *Retinitis pigmentosa*. Po nim H. Müller rozróżniał dwa rodzaje złogów barwika: albo pochodzi tenże z przeobrażonéj krwi, która się dostała do siatkówki (*haematogene Form*), albo, i to nierównie częściéj, z przybłonka barwikowego naczyniówki, wnikającego w skutek przerostu do utkania siatkówki. (*Gesammelte Schriften*. Red. v. Becker 317). Jeżeli więc przyczyną złogów barwikowych nie są wybroczyny, natenczas pochodzą one z przerosłych komórek barwikowych naczyniówki. Zapatrywania Müllera stwierdzili później Schweigger i Leber. Przerost zaś przybłonka barwikowego może być albo skutkiem zapalenia naczyniówki, które *per contiguitatem* udziela się zewnętrznym warstwom siatkówki (*Chorioretinitis*), albo skutkiem przewlekłego zapalenia siatkówki, które ogarnia także przybłonek barwikowy będący częścią składową siatkówki, co się przerostem barwika uwydatnia. Znamy atoli jeszcze trzeci rodzaj złogów barwikowych nagromadzonych w siatkówce. Tkanka łączna téjże przerasta, pierwociny nerwowe zanikają a barwik nagromadza się bez przekrwienia, bez zaćmień w siatkówce lub zmętnień w ciałku szklaném, a więc bez klinicznych objawów zapalenia. W żadnym okresie choroby nie są naczynia grubsze, zwężają się ciągle a ściany ich ulegają wczesnemu stwardnieniu (*Sclerosis*). Tę sprawę chorobową, którą niewłaściwie także nazywają *Retinitis pigmentosa*, zdaniem Lebera nazywaćby należało zwyrodnieniem barwikowém (*Graefe* i *Saemisch* V, 634). I tu pochodzi barwik z przybłonka naczyniówki, który we wszystkich przypadkach téj choroby ulega pewnym zmianom chorobowym: w pewnych przypadkach zanika on tylko, w innych, częstszych, przerasta i dostaje się do siatkówki. Powstaje więc albo zwyrodnienie ze złogami barwikowemi, albo też bez złogów barwika. Spostrzeżenia nasze dotyczą właśnie kilku osób dotkniętych tym trzecim rodzajem samoistnego zwyrodnienia siatkówki, które, jak wspomniałem, bywa także przyczyną wnikania barwika do téjże.

Przez przeciąg kilku lat spostrzegano w klinice pięcioro rodzeństwa, dotkniętych tą chorobą, których rodzice byli ze sobą spokrewnieni. Obecnie sprawa chorobowa tak się rozwinęła, iż prawie wszyscy już i poczucie światła stracili. Przypadki te już z tego względu żywsze budziły zajęcie, iż chorobę, która nie u wszystkich tych chorych równie długo trwała, można było widzieć na raz niejako w rozmaitych okresach. Dalsza jednak obserwacyja rozwoju choroby nastręczyła mi sposobność do pewnych spostrzeżeń, które zasługują na to, aby je ogłosić. Spostrzeżenia te odnoszą się: 1) do ilości barwika, która nie odpowiada ani trwaniu ani rozwojowi choroby nawet u członków téj saméj rodziny, u których wspólnie odziedziczona skłonność powinnaby równe albo bardzo podobne wywołać zmiany, 2) dotyczą powikłań zwyrodnienia z sprawami zapalnemi i zanikowemi w naczyniówce, które bądź to zajmowały okolicę plamki żółtéj i obwodowe części naczyniówki równocześnie, bądź też się umiejscowiały tylko w obwodowych częściach téjże, 3) szczególniejszego rodzaju wahania ócz (*Nystagmus*), 4) zboczeń zdolności rozpoznawania barw, a nakoniec 5) wykazują, iż wstrzykiwania azotanu strychninowego w tych przypadkach, które są powikłane ze sprawami zapalnemi w naczyniówce, a więc w dosyć stosunkowo wielkiéj liczbie przypadków zwyrodnienia barwikowego, mogą być szkodliwe.

Zanim jednak rozpatrzymy się bliżéj w wynikach naszych spostrzeżeń, podamy w krótkości historyje chorób, z pominięciem wielu szczegółów niezostających w związku z naszemi wywodami.

Jędrzej W. lat 62, włościanin z Bierzanowa, ożenił się przed blisko 40 laty ze stryjeczną siostrą swoją. Był zawsze zdrów, jest dobrze zbudowany, miernie odżywiony i wygląd

zresztą na wiek swój odpowiednio. Bystrość wzroku wynosi $^6/_6$. Oczy nie przedstawiają nic nieprawidłowego. Żona także zawsze zdrową była: przebyła dziesięć połogów i nigdy nad tydzień w połogu nie leżała. Oboje widzą wieczorem tak, jak inni ludzie. Rodzice, stryjowie i krewni, o ile W. wie, zawsze dobrze widzieli. Z jedenastu dzieci (raz żona powiła bliźnięta) żyje siedmioro, a mianowicie córek 6 i jeden syn. Z żyjących Anna ma lat 36, Barbara 30, Katarzyna 27, Agnieszka 23, Ludwika 21, Julijanna 19 a Jan 18. Wszystkie dzieci są dobrze zbudowane, przed rokiem, kiedy ojciec jeszcze nie popadł był w nędzę, w jakiéj się dziś znajduje, były dobrze odżywione, chodziły w młodszych latach do szkół, gdzie się dobrze uczyły, umiały czytać i pisać i okazują dziś jeszcze niezwykły u włościan naszych stopień inteligencyi. Przy badaniu nie znaleziono ani nadliczbowych palców ani innych zboczeń, które dość często napotykamy u dzieci z pokrewnych sobie rodziców. Śladów kiły nie wykryto. Żadne z dzieci ciężko nie chorowało.

Anna i Katarzyna widzą dobrze, wyszły za mąż, mają dzieci, z których najstarsze ma mieć lat 7. Wnuki Jędrzeja widzą dobrze. Okoliczność ta jednak nie wyklucza tego, aby które z nich nie odziedziczyło skłonności do zwyrodnienia barwikowego siatkówki, gdyż nie doszły jeszcze do wieku, w którym ta choroba zazwyczaj objawiać się zaczyna.

Reszta rodzeństwa, czworo dziewcząt i chłopiec widzieli, będąc dziećmi, jak już wspomnieliśmy, dobrze tak w odległości jak i w pobliżu. Około dziesiątego roku życia spostrzegali, iż wieczorem gorzéj widzą, późniéj wieczorami już sami wychodzić nie mogli, jeżeli nie znali dobrze drogi a wreszcie i we dnie gorzéj widzieć zaczęli najprzód w odległości a późniéj, także i w pobliżu. Już w r. 1869 badał prof. Rydel chore dzieci W., z których najstarsze miało wtenczas lat 19, a najmłodsze, syn Jan, lat 7 i rozpoznał zwyrodnienie barwikowe siatkówki, chociaż nie u wszystkich chorych mógł wykryć złogi barwikowe. Chorzy szukali wtenczas porady lekarskiéj z powodu kurzéj ślepoty. Około 20 roku bystrość wzroku już w tym stopniu bywała upośledzoną, iż sami chodzić nawet we dnie nie mogli a chłopiec ociemniał jeszcze wcześniéj, mianowicie w 18 roku, co się zresztą zgadza ze zwykłém spostrzeżeniem, iż chorzy płci męskiéj przy równéj zresztą odziedziczonéj skłonności częściéj i cięższéj zapadają.

Niechcąc powtarzać się w opisie pojedyńczych przypadków dodać jeszcze muszę, iż zewnętrznie oczy chorych nie przedstawiały żadnych zmian z wyjątkiem drgań gałek ocznych, o których, o ile coś szczególniejszego przedstawiały wspomnimy, że środki łamiące były czyste, że więc ani tylnéj zaćmy korowéj, ani zaćmień w ciałku szklaném nie było, która to okoliczność przemawiałaby za tém, że choroba powstała na tle kiłowém, że wreszcie oczy są miernie wydłużone i nie wykazują szczeliny w tęczówce.

1. Barbara. W październiku z. r. badanie wykazało stan następujący: Gałki oczne nie wykonywają żadnych ruchów. Osi oczne są równoległe. Jeżeli się choréj poleci, aby patrzała na swoją rękę, natenczas gałki oczne wahają się w kierunku poziomym. S = 0, jak chora podaje, już od lat 10. Myopija oznaczona w obrazie prostym wynosi 9·5D. Tarcza nerwu wzrokowego szara z przymieszką czerwonego, fizyjologicznego zagłębienia nie ma. Brzegi tarczy widać wyraźnie. Tętnice bardzo znacznie węższe od żył, jedne i drugie zwężone. Naczynia widzieć można tylko w pasie siatkówki, szerokim na 4 do 5 średnic tarczy nerwu wzrokowego, a poza jego obrębem spostrzedz tylko można tu i ówdzie smugi złogów barwikowych wskazujących, gdzie niegdyś naczynia przebiegały. Siatkówka lekko szarawo zamglona, tak iż czerwone dno oka, szczególniéj przy badaniu w obrazie prostym, wydaje się jakby lekko przysłonięte. Obwódki twardówkowéj nie widać, tarczę otacza tylko wązka obrączka barwikowa. Zanik przybłonka barwikowego sięga aż do saméj tarczy, przestwory pomiędzy naczyniami naczyniówki ciemno brunatne. Na całém dnie oka można rozpoznać drobne białe i żółte kropki, niewątpliwie zgrubienia błony szklistéj naczyniówki (Leber). W lewém oku znajduje się w plamce żółtéj i jéj sąsiedztwie czarna plama wielkości połowy tarczy, składająca się z mniejszych drobnych czarnych plamek, umieszczonych na dnie biało szarém. Pomiędzy tą plamą a tarczą widać jeszcze drugą, dwa razy większą, brunatną plamę, która również składa się z małych, brunatnych złogów barwika rozmieszczonych na szarém tle, co dokładnie rozpoznać można dopiero przy badaniu w obrazie prostym. Na oku prawém, którém chora dłużéj i lepiéj widziała, nie ma czarnéj plamy w miejscu plamki żółtéj jak na oku lewém, lecz natomiast widać tam kilka mniejszych. Plama brunatna zaś znajduje się w tém samém miejscu jak w oku lewém. Na obwodzie widać wielkie białe plamy, odpowiadające zanikłym częściom naczyniówki; w siatkówce zaś, również w obwodowych jéj częściach, znachodzą się dość liczne rozsiane złogi barwika, mające kształt gwiazdek, ciałek kostnych itd.

2. Agnieszka. W styczniu 1877 leczono chorą w klinice stałéj. Z protokołów klinicznych wyjmuję następujące szczegóły: Źrenica miernie rozszerzona, oddziaływanie tęczówki energiczne. Liczy palce na 0·50M. Pr. o. Jg. Nr. 19, lewém zaś nawet i 24 numeru Jaegera nie czyta. Obraz wziernikowy nie różni się od tego, który niżéj opiszemy, z wyjątkiem téj jednéj okoliczności, iż naczynia nie były tak wązkie. Chora pozostawała w ciemnym pokoju i zażywała przez 3 tygodnie jodek potasowy. Leczenie pozostało bez skutku. W marcu 1879 badałem chorą, mającą podówczas $^1/_{60}$ bystrości wzroku pod względem zdolności rozpoznawania barw. Badanie wykazało, iż chora jest dotknięta zupełnym barwoślepem. Motki włóczki Holmgrena układała tylko według tego, czy są ciemniejsze lub jaśniejsze. Ciemniejsze nazywała czarnemi, jaśniejsze szaremi. Badanie w jesieni 1880 wykazało następujący stan: Przy patrzeniu w odległość drgają oczy zaledwie dostrzegalnie. Jeżeli się choréj poleci, aby patrzała na swoją rękę, wahania wzmagają się. Kierunek ruchów jest rozmaity, najznaczniejsze są od góry ku dołowi (*Nystagmus mixtus*). Bystrość wzroku równa się 0 i to od roku. M = 8D. Tarcza nerwu wzrokowego szarawo-biała, brzeg jéj dobrze odgraniczony; naczynia wązkie bez podwójnych zarysów, kończą się niedaleko poza brzegiem tarczy. Szerokość *Staphyloma post.* równa się $^1/_3$ średnicy tarczy nerwu wzrokowego. Odgraniczenie od naczyniówki jest bardzo ostre, co za tém przemawia, iż sprawa wydłużania gałek ocznych albo bardzo tylko zwolna, albo wcale nie postępuje. Barwik w siatkówce widać już w oddaleniu trzech średnic tarczy od jéj brzegu. Barwik jest dość rzadko rozsiany, a nieregularne podłużne i gwiazdowate złogi są w ogóle mniejsze niż u choréj poprzednio opisanéj. Powierzchowna warstwa przybłonka barwikowego zanikła na całém dnie oka, naczynia naczyniówki są świecące, dno oka jest zasiane mnóstwem drobnych białych i żółtych kropek. W plamce żółtéj i jéj sąsiedztwie znachodzą się gęsto obok siebie, nieregularnie poustawiane brunatne i czarne plamki. W obwodzie widać

przy rozszerzonéj źrenicy wielkie biało szarawe plamy, powstałe w skutek zaniku naczyniówki.

3. Ludwika. We wrześniu 1880 wykazało badanie: Gałki oczne wykonywają poziome ruchy wahadłowe tak prędko po sobie następnjące, iż utrudniają badanie wziernikowe. Ruchy ręki widzi na 25cm. Od pół roku już sama chodzić nie może. M=5D. Tarcza nerwu wzrokowego szarawa, ostro odgraniczona. W oddaleniu 4 do 5 średnic tarczy nerwu wzrokowego od jéj brzegu można jeszcze wązkie naczynia widzieć. Tarczę otacza wązka obwódka twardówkowa. Przybłonek barwikowy zaniknął tylko w obwodzie, naokoło zaś tarczy jest jeszcze dość dobrze zachowany. I w tym przypadku można widziec liczne drobne białe i żółte punkciki rozsiane na dnie oka. Plamka żółta i jéj sąsiedztwo prawidłowe. W obwodzie złogów barwikowych dostrzedz nie można. Chora znosiła bardzo dobrze wstrzykiwania azotanu strychninu. Razem zrobiono 32 wstrzykiwań na kilka zawodów i to z każdorazową poprawą bystrości wzroku.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. Ogólny pogląd na nowotwory.

Podał Prof. Dr. Browicz.

(Wykład miany na posiedzeniu Towarzystwa lek. krakowskiego z dnia 16 marca r. b.)

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 15).

Uogólnianie się nowotworów w ustroju w postaci przerzutów przychodzi do skutku przez zator cząstkami tkaniny nowotworowéj, dostającemi się czy to drogą naczyń limfatycznych czy téż krwionośnych a mianowicie żylnych (ztąd najczęstsza siedziba przerzutów w płucach i wątrobie) w krążenie ogólne. Przerzuty rozwinąć się więc mogą wszędzie, gdzie tylko naczynia krwionośne dochodzą. Nie potrzebujemy po tém, cośmy o przemienności komórek nadmienili, zastanawiać się nad t. zw. infekcyją humoralną, przeciw czemu świadczy nadto brak przerzutów w chrząstkach, dokąd cząstki nowotworowéj tkaniny w braku naczyń krwionośnych dostać się nie mogą, ani też nad możebnością metabolicznéj zmiany, natomiast doświadczenia z transplantacyją i implantacyją tkanin dowodzą, iż emboliczne owe cząstki wystarczają ze swą zdolnością proliferacyjną do wytlumaczenia rozwoju przerzutów naturalnie obok znanych nam już warunków ogólnych produkcyi patologicznéj.

Znane doświadczenia Dieffenbacha, Heinego, Olliera, Reverdina, zużytkowane nawet w celach leczniczych, spostrzeżenia Buhla, Virchowa co do powstawania perlaków tęczówki z urazowo implantowanych cebulek włosowych, doświadczenia Samuelsohna, Humboldta i innych a mianowicie w ostatnich czasach Cohnheima i Maassa, a przedewszystkiém doświadczenia Zahna i najnowsze Schweningera dowodzą, jak olbrzymią jest zdolność proliferacyjna elementów tkaninowych, że niektóre elementa i grupy elementów tkaninowych oddzielone ze związku organicznego, przemieszczone na inne miejsca, nie tylko nie giną ale rozwijać się daléj mogą. Mianowicie doświadczenia Zahna rzuciły nowe światło na tę kwestyję, jakie tkaniny szczepione posiadają zdolność dalszego rozwoju. Zahn przeszczepiał chrząstkę szklistą dorosłych zwierząt z jednego zwierzęcia na drugie i uzyskiwał ujemny rezultat, komórki ginęły, istota międzykomórkowa utrzymywała się, kawałek przeszczepiony otoczony bywał tkanką łączną. Przeszczepiając chrząstkę płodową doszedł do odmiennych wyników. Przeszczepiona chrząstka płodowa odznaczala się wśród obcego ustroju niezwykłą zdolnością rozwojową, tak dalece, iż bardzo małe ilości téjże roztarte z cieczą płodową wystarczały już do wytwarzania w przeciągu dni 50 ognisk wielkości grochu. Po wstrzyknięciu do żyły szyjnéj powstawały wielokrotne ogniska chrzęstne w płucach. Według Zahna wynik bywa ten sam, czy przeszczepia się na jedno- lub też innogatunkowe zwierzę. Do takiego samego rezultatu doszedł Zahn z przeszczepianiem innych tkanin płodowych, np. kości, w takich razach naczynia z części otaczających przeszczepioną kość wrastały i odżywiały ją. W ten sposób całe kości przeszczepiał, które nie tylko wzrastały ale zachowywały właściwą sobie postać, wytwarzały się na nich prócz tego narośle chrzęstne lub kostne.

Z doświadczeń swych i innych autorów wysnuwa Zahn wniosek, iż tylko płodowe tkaniny, z wykształconych zaś tylko te, które niejako zachowały własności płodowe, posiadają zdolność dalszego rozwoju czy to w innem miejscu tego samego ustroju czy też w ustroju obcym.

Doświadczenia te są wymownym dowodem, w jaki sposób wytwarzanie się przerzutów do skutku przychodzi. Badając zachowanie się tkanek otaczających części przeszczepione i ich wzajemny stosunek, nie znajdujemy również zmian, któreby przemawiały za tém, iż tkanki te ulegają pod wpływem obcych elementów charakterystycznéj przemianie. Czynny udział tkanki łącznéj i naczyń krwionośnych otaczających cząstkę emboliczną, w ten sam sposób tłumaczyć się daje, jak powstawanie pokładu tkankołącznego unaczynionego około ciał obcych tkwiących wśród tkanek lub w przestworach ustroju, z tą różnicą, iż cząstka emboliczna rozwijając się wchodzi powoli z nowopowstającym pokładem tkankołącznym w związek organiczny. Jak bowiem przy wniknięciu ciała obcego nadwerężoną bywa równowaga fizyjologiczna tkanek w danêm miejscu i powstałe szczeliny wypełnione bywają bujającą tkanką łączną, tak samo dzieje się w miejscach, w których ugrzęzły naniesione prądem krwi cząstki nowotworowéj tkaniny.

Zgodność co do budowy i składu nowotworów przerzutowych z pierwotnemi popiera również zdanie co do początku embolicznego przerzutów.

Cząstki nowotworowéj tkaniny wrastającéj niekiedy w ściany naczyń i rozrastającéj się daléj w ich wnętrzu dostają się łatwo w krążenie ogólne a mianowicie z nowotworów komórkowego składu, których elementa odznaczają się drobnością a nawet samodzielną zdolnością zmiany miejsca, niewątpliwie stale wchodzą w ogólne krążenie. Okoliczność, iż przerzuty mimo to nie stanowią stałego powikłania, nie zawsze się rozwijają, wskazuje iż obecność ognisk embolicznych sama przez się nie wystarcza do rozwoju przerzutów i że tak samo jak przy rozroście miejscowym nowotworu pierwotnego zachowanie się i stan tkanki sąsiedniéj, stan i jakość cząstek embolicznych odgrywają ważną rolę i tłumaczą nam zmienność lokalizacyi przerzutów.

Obok formy zatorowéj uogólniania się nowotworów w ustroju, zwykléj i najczęstszéj, spotykamy się chociaż rzadko z bezpośredniém przeszczepianiem się cząstek nowotworowych w jamach na przeciwległe przylegające powierzchnie i rozsiewaniem się niejako nowotworu, jak to w jamach surowiczych ma miejsce.

Czy nowotwory mogą być przeniesione z jednego indywiduum na drugie, czy są przeszczepialne?

W patologii nie mamy ani jednego przykładu ściśle udowodnionego przeniesienia nowotworu z jednego indywiduum na inne. Nie znamy przypadku, by chirurg przy operacyi przeszczepił sobie w ranę przypadkową nowotwór chociażby najzłośliwszy, nie znamy również, by mężczyzna od kobiety dotkniętéj przybłoniakiem macicy nabył nowotworu prącia.

Jeżeli zwrócimy uwagę na warunki rozrostu miejscowego nowotworów, na warunki rozwoju przerzutów, jeżeli daléj zwrócimy uwagę, iż przy takich przypadkowych zetknięciach cząstek nowotworowych czy to z powierzchnią nadżerka, czy też ranki utrzymanie się tych cząstek na i wśród rany jest wprost niepodobném, jeżeli się ich nie uchroni przed mechaniczném zniszczeniem, jeżeli wreszcie uwzględnimy stan zazwyczaj regresywny tychże cząstek, przyznać musimy, że warunki tak są niekorzystne, iż przeszczepienie staje się niemożebném i praktycznéj doniosłości kwestyja ta przedstawiać nie może.

Inaczéj rzecz się przedstawia ze stanowiska teoretycznego, jeżeli zapytamy, czy przeszczepienie nowotworów jest w ogóle możebném?

Tkanki nowotworowe nie różnią się pod względem elementów histologicznych i składu chemicznego od tkanek fizyjologicznych; odznaczają się tylko niezwykłą wrodzoną zdolnością proliferacyjną; niektóre tkanki fizyjologiczne, a przedewszystkiém płodowe, przeszczepiane na jedno-, a nawet innogatunkowe zwierzęta, nie marnieją, utrzymują się a nawet znakomicie się daléj rozwijają, jak to z powyżéj przytoczonych rezultatów doświadczalnych wynika. Jeżeli więc tkanki przeniesione w miejsca obce w odpowiednich warunkach utrzymywać i rozwijać się mogą, nie możemy dostrzedz przyczyny, dla któréjby tkanki nowotworowe tak samo zachowywać się nie miały, tém bardziéj, ile że przerzuty są niejako formą naturalnego przeszczepiania się nowotworów chociaż wśród jednego i tego samego ustroju.

Doświadczenia niejednokrotne przez różnych autorów przedsiębrane, aczkolwiek w nader nielicznych przypadkach wśród szeregu licznych doświadczeń pomyślnym uwieńczone skutkiem, nie wykluczają możebności przeszczepialności nowotworów. Wskazują one tylko, jak trudno wytworzyć owe skomplikowane warunki pomyślnego rezultatu i że niepowodzenia owe odnieść należy raczéj do niestósowności materyjału szczepionego, tak rychło i często przedstawiającego zmiany regresywne, do niestosowności miejsca obranego lub sposobu postępowania, wreszcie uwzględnić należy, co, jak wiemy, nie małą wagę posiada, t. j. stan ogólny ustroju i tkanek otaczających, wśród których szczepienie uskuteczniono. Jeżeli zdolne do proliferacyi cząstki dostaną się w miejsca, gdzie nie należą, w walce o byt, jaka się między napływowemi obcemi cząstkami a otoczeniem wytwarza, giną, jeżeli nie posiadają własności nadających im przewagę w obec otoczenia.

Wpływ, jaki nowotwory w ogóle na ustrój wywierają, jest niekorzystny. Wpływ ten nie zawisł tyle od jakości tkanki nowotworowéj, ile od licznych ubocznych okoliczności, odgrywających w téj mierze częściéj ważniejszą rolę aniżeli jakość tkanki nowotworowéj.

Nie ulega wątpliwości, iż nowotwory przeważnie lub nawet wyłącznie komórkowego składu, szybko do znacznych rozmiarów wzrastające miejscowo, również szybko uogólniające się w ustroju, zajmujące coraz rozleglejsze części tegoż, muszą i wpływają bezpośrednio na stan ustroju, częścią przez zużycie kosztem reszty ustroju znacznéj ilości materyjału odżywczego, częścią przez upośledzenie funkcyi licznych i ważnych narządów przez rozwijające się przerzuty. Ale ten sam wpływ i następstwa wywierają nowotwory przybłonkowe jak i tkankołączne odznaczające się, jak się wyrażamy, znaczną złośliwością. A więc i w tych razach nie od jakości tkanki pod względem budowy histologicznéj, nie od jéj swoistości zawisł wpływ ten zgubny, ale przyczyną jest korzystny teren, wśród którego rozwój nowotworu tak miejscowy jakoteż przerzutowy niczém nie bywa tamowany.

Nie odmawiam bynajmniéj obrazowi histologicznemu znaczenia poniekąd prognostycznego. Wiemy bowiem z doświadczenia, jakie różnice istnieją we wzroście i rozwoju poszczególnych nowotworów, że np. mięśniaki i w ogóle nowotwory złożone z elementow wyższéj organizacyi w porównaniu z nowotworami komórkowemi embryjonalnéj cechy, wzrastają nader wolno i zachowują przez cały czas swego bytu charakter czysto lokalny. Jeżeli jednakowoż nowotwory różnorodnego składu i budowy wśród sprzyjających okoliczności jednaki wpływ ogólny wywierać mogą i wywierają, nie możemy odnosić przyczyny niekorzystnego wpływu bezpośrednio i wyłącznie do jakości tkanki nowotworowéj, ale musimy, jak to już wyżéj nadmieniłem, zwrócić w poszczególnych przypadkach uwagę oprócz na skład histologiczny przedewszystkiém na ogólny stan ustroju i zboczenia, które w skutek nowotworu bez względu na jego jakość powstają.

Umiejscowienie nowotworu odgrywa w téj mierze bardzo ważną rolę w skutek destrukcyi tkanki części fizyjologicznie ważnych lub też utrudnienia funkcyi narządów. Nowotwory czaszkowe lub mózgowe z jednéj strony, nowotwory przewodu pokarmowego z drugiéj strony, uwidoczniają wpływ umiejscowienia dostatecznie. Przybłoniaki przełyku lub niektóre żołądka, czy to części odźwiernikowéj czy to wpustowéj, mogą i przedstawiają niekiedy i nie tak rzadko czysto lokalną cechę, nie są nawet rozległe, nie tworzą przerzutów, a mimo to w następstwach swych sprowadzają tak zgubny wynik. Tworzą one przeszkodę mechaniczną zwężając przełyk lub ujścia żołądkowe, są źródłem krwotoków, w żołądku zmniejszają powierzchnię wydzielniczą, wywołują nieżyty przewlekłe itd., następstwa niebędące w żadnym związku z jakością tkanki nowotworowéj.

Nowotwory w jamie brzusznéj, np. torbielaki jajników, wyniszczają ustrój nie tyle przez swój wzrost powolny jakkolwiek olbrzymi, ile głównie przez wpływ mechaniczny na trzewa i ztąd powstające zaburzenia w trawieniu i odżywieniu. Włókniako-mięśniaki macicy stają się groźnemi pomijając wpływ mechaniczny na trzewa w przypadkach olbrzymiego ich wzrostu z powodu uporczywych krwotoków, których są źródłem.

Procesy septyczne, jakie się na powierzchni wrzodniejących powierzchownie (ztąd dostępnych wpływom szkodliwym) położonych nowotworów, jak nowotworów przełyku, sutka, macicy rozwijają, sprowadzają powolną infekcyję, wywierającą wpływ zgubny na ustrój, jaki się przy wszystkich septycznych sprawach pojawia.

Charłactwo, jakie w przebiegu nowotworów spostrzegamy, nie jest właściwością nowotworową, tém mniéj niektórych tylko nowotworów, gdyż wytwarza się w przebiegu wręcz od siebie różnych nowotworów, jakoteż tak samo bywa następstwem różnych innych spraw chorobowych.

Znane w literaturze przypadki, gdzie po kilkakrotnéj ekstyrpacyi przybłoniaków, np. w przypadku Hütera mimo pięćkrotnéj ekstyrpacyi przybłoniaka sutka, chorzy dobrze

wyglądają, zachowują kwitnącą cerę, świadczą najwymowniéj jak należy oceniać znaczenie jakości tkanki nowotworowéj pod względem wpływu na ustrój. Hüter zwraca też słusznie uwagę na to, że niekiedy ludzie z przybłoniakami rozległemi zachowują zdrowe, kwitnące wejrzenie, jeżeli się powiedzie powstrzymać procesy septyczne na powierzchni wrzodniejącego nowotworu. (C. d. n.)

III. Przyczynki do kazuistyki chirurgicznéj.

Napisał Dr. Jan Szeparowicz,
prymaryjusz oddziału chirurgicznego we Lwowie.

5. Kazuistyka chirurgiczna krtani.

c) Uwagi nad mechaniczném leczeniem cieśni krtaniowéj i kazuistyka.

(Ciąg dalszy artykułów w Przegl. Lek. 1880. Nr. 14—20).
(Dokończenie. Patrz Nr. 15).

Raczą mi teraz szan. Czytelnicy zezwolić, ażebym dla ułatwienia poglądu wyniki moich doświadczeń odnośne do metody Schroettera ujął w formy ściśle określone:

1) Metoda Schroettera rozpada się na dwa sposoby leczenia: *a*) za pomocą świeczek cynowych, *b*) za pomocą rurek. Pierwszy sposób nadaje się wyłącznie do téj kategoryi przypadków, w których tracheotomiję przed tém uskuteczniono; drugi zaś nadto i do takich, w których jéj poprzednio nie zrobiono. Oba sposoby leczenia mogą stanowić każdy dla siebie odrębną całość, o ile w danym przypadku leczymy wyłącznie za pomocą jednego lub drugiego sposobu, zazwyczaj jednak stanowią one oba razem jedną całość, o ile już w toku leczenia można jeden sposób zamienić na drugi, a najbardziéj dla tego, ponieważ po wyleczeniu za pomocą świeczek i usunięciu kaniuli tchawiczéj należy późniéj przez wprowadzanie rurek w pewnych odstępach zapobiedz nawrotowi choroby, a tém samém ewentualnéj potrzebie ponowienia metodycznego leczenia, rozumie się przy stwierdzonéj skłonności stanu chorobowego do nawrotu, podobnie jak się poleca chorym wyleczonym z cieśni cewki moczowéj, aby przez dłuższy czas, bodaj w większych odstępach, wprowadzali sobie cewniki celem zapobieżenia nawrotowi cieśni.

2) Metoda za pomocą stoczków cynowych jest pewniejszą w przypadkach uporczywéj cieśni i ma się pod tym względem tak do sposobu leczenia za pomocą rurek, jak się ma metoda leczenia cieśni cewki moczowéj za pomocą stałych świeczek metalowych do metody za pomocą cewników.

3) Przypadki cieśni krtaniowéj należy rozdzielić na ostre i przewłoczne. W pierwszéj kategoryi można przez użycie rurek Schroettera *à demeure* uniknąć tracheotomii. W téj mierze można ogólnikowo orzec, że we wszystkich przypadkach ostréj (zapalnéj lub porażennéj) cieśni krtaniowéj można tym sposobem zastąpić tracheotomiję, atoli nie wszystkie przypadki nadają się do takiego postępowania zachowawczego.

4) Do bezwzględnych lub przynajmniej względnych przeciwwskazań użycia rurek *à demeure* w miejsce tracheotomii w przypadkach ostréj cieśni krtaniowéj należy policzyć: wiek dziecięcy, zbyt młodociany, który utrudnia zastósowanie rurek; nieuleczalność stanu chorobowego (przyp. 14ty mojéj kazuistyki: *myelitis*, *paralysis laryngis consecutiva*) a tém samém ewentualna potrzeba ciągłego zastósowania rurek; możliwość ewentualnéj katastrofy skutkiem użycia rurek (w dławcu możliwość zepchnięcia na dół błon dławcowych i zaduszenia); stwierdzona skłonność organizmu do głębokich odleżyn (dur z ciężkim przebiegiem i zapaleniem ochrzęstny w krtani,—mój przyp. 19ty); niemożliwość kontroli, odnawiania rurek i odżywiania chorego przez lekarza (np. z powodu odległości miejsca). Natomiast nadają się do leczenia zachowawczego za pomocą rurek *à demeure* przypadki ostréj cieśni wywołanéj: obrzękiem zapalnym, naciekiem zapalnym któréjkolwiek warstwy powłok krtaniowych w zapaleniach samodzielnych, lub na tle kiły, względnie w durze (z niezbyt ciężkim przebiegiem) a nawet i gruźlicy, następnie przypadki ostréj cieśni wynikłéj z porażenia mięśni rozszerzaczy głośni (mój przyp. 16ty *paralysis dilatatorum glottidis post typhum*).

5) Zastosowując rurki *à demeure* w przypadkach ostréj cieśni należy używać rurek względnie najcieńszych (w skali grubości) dla chorego wystarczających, a to celem uniknięcia następowych odleżyn.

6) Skłonność do odleżyn skutkiem zastósowania metody Schroettera w przypadkach ostrego zapałenia jest większą, aniżeli w przypadkach przewłocznych. Przyczyny tego należy upatrywać w rozpulchnieniu i wiotkości blony śluzowéj w takich razach. W téj też przeważnie kategoryi przypadków napotykamy przykłady odleżyn w mojéj kazuistyce. Atoli i w przypadkach przewłocznéj cieśni napotykamy je skutkiem albo zbyt natężonego lub rozciągłego sposobu użycia rurek, a mianowicie bądź skutkiem względnie za wysokiego numeru rurek lub za długiego trwania pojedyńczych posiedzeń (przyp. 22).

7) Odnośnie do przypadków przewłocznéj cieśni krtaniowéj należy zaznaczyć, że świeczki cynowe zdają się chorego mniéj narażać na ewentualność odleżyn w krtani, aniżeli rurki Schroettera, rozumie się przy rozsądném, oględném i łagodném postępowaniu. Pozorny ten paradoks tłumaczy się tą okolicznością, że rurki skutkiem swojéj długości i swego zgięcia działają podczas wszelkich poruszeń krtani i gardła w ogólności tak oddechowych jakoteż połykowych według zasady drążka dwuramiennego z oparciem o nagłośnię i oddziaływają w skutek tego na krtań ciągle jako uraz, podczas gdy świeczki tylko w całości jako ciało szczelnie utwierdzone wraz z krtanią poruszają się i namienionego ubocznego działania nie sprawiają.

8) Mylne jest twierdzenie Schroettera (*Laryngolog. Mittheilungen. Jahresbericht* 1871—1871 str. 47) jakoby powikłania wywołane sposobem leczenia (jak właśnie namienione odleżyny) nie dawały powodu do przerwy w leczeniu, a pod rubryką powikłań takich przytacza co następuje: „*wenn man zu rasch vorgeht, kommt es zu starken Hals- und Kopfschmerzen, Fieberbewegung, selbst zu neuen Perichondritiden und Oedemen.*“ Tu zwracam nawiasowo uwagę szan. Czytelników, że Schroetter nie wspomina w téj rubryce o odleżynach (wrzodach odleżynowych), których tyle przykładów dostarcza moja kazuistyka. Moje własne doświadczenie dyktuje tę przestrogę, ażeby nie postępowano w takich razach w myśl Schroettera, jeno zwolna udzielając choremu należytego odpoczynku. Przesada i pośpiech w takich razach doprowadza ewentualnie do tracheotomii, któréj się chciało uniknąć (22 przyp.), lub wstrzymuje postęp leczenia a częstokroć zniewala ostatecznie do cofnięcia się wstecz w skali numerów niwecząc osiągnięty już skutek (przyp. 9ty); urazowa zaś *perichondritis* może łatwo zakończyć się przy takiéj zasadzie postępowania obumarciem i

wydzieleniem chrząstek zamieniając tym sposobem przypadek uleczalny na nieuleczalny!—Analogija w téj mierze z cieśnią cewki moczowéj przemawia równie przeciw przerzeczonéj zasadzie Schroettera; a mianowicie wiadomo dostatecznie, że przy zbyt natężonym sposobie leczenia cieśni cewki moczowéj powstaje częstokroć nawet bez uszkodzenia mechanicznego błony śluzowéj ropne zapalenie tkanki łącznéj dokoła cewki, potęgujące w swoim ostatecznym rezultacie uporczywość cieśni.

9) Tak świeczek cynowych jakotéż rurek można używać w przypadkach przewłocznéj cieśni krtaniowej *à demeure.* Co do pierwszych doświadczenie przemawia na korzyść takiego sposobu użycia; co do drugich już sama potrzeba odżywiania chorego przemawia przeciw takiemu sposobowi używania ich; zresztą analogicznie z doświadczeniem w zakresie cieśni cewki moczowéj, które poucza, że długie trwanie pojedyńczych posiedzeń działa mniéj korzystnie, należy i zastosowanie rurek Schroettera w cieśni krtaniowéj ograniczać do krótkich posiedzeń (od 10 minut do godziny lub nieco dłużéj).

10) W przypadkach bardzo znacznéj cieśni krtaniowéj z charakterem przewlocznym należy być bardzo oględnym i ostrożnym w pierwszéj fazie leczenia, jeżeli się pominęło tracheotomiję, a mianowicie w stopniowaniu numerów rurek i wyznaczaniu terminu trwania pojedyńczych posiedzeń należy być bardzo skrupulatnym, chcąc uniknąć ewentualnéj potrzeby doraźnéj tracheotomii lub śmierci chorego przed lub mimo ewentualnie uskutecznionéj tracheotomii (przyp. 11, 22, 25). W przypadkach téj kategoryi naraża się na szwank metodę zachowawczą, jeżeli się nie ma możności należytego dozorowania chorego, pewniéj zaś działa się stósując tracheotomiję jako wstępny środek.

11) W takich zaś właśnie przypadkach jak wymienione pod 10), jeżeli skutkiem jakiegokolwiekbądź błędu w zastósowaniu metody leczenia wystąpiła nagla i znaczna reakcyja, nie należy zbyt długo ociągać się z tracheotomiją i dużo liczyć na rurki *à demeure*, gdyż zazwyczaj doraźnie rozwija się obrzęk płuc, któremu chorzy ulegają (przyp. 1, 11 i 15).

12) W przypadkach przewłocznéj cieśni krtaniowéj polegającéj na zapalnych naciekach zdolnych do wessania można prawie z pewnością liczyć na pewny skutek bodaj względny przy oględném, wytrwałém i rozumném postępowaniu; w okresie zaś gotowych blizn skutek jest z góry wątpliwy, a przy metodzie ściśle zachowawczéj nie da się żaden skutek osiągnąć (przyp. 26). W połączeniu z metodą czynną *(Scarificatio, Discissio, Cauterium actuale)* można skutek osiągnąć, atoli według wszelkiego prawdopodobieństwa tylko czasowo, tak jak o tém poucza doświadczenie w zakresie cieśni cewki moczowéj, które jeżeli są natury bliznowéj, są przy metodzie zachowawczéj bezwzględnie nieuleczalne (*unheilbare Schwundstricturen* — Dittel) przy pomocy zaś cięcia cewki bądź wewnętrznego (*Urethrotomia interna*) bądź zewnętrznego (*boutonnière*) stają się względnie i tylko czasowo uleczalnemi.

13) Właśnie ta analogija z cieśnią cewki moczowéj chroni metodę Schroettera od ewentualnego zarzutu, jakoby skutkiem nieuleczności téj pewnéj kategoryi przypadków traciła na wartości, albowiem tak jak sposób leczenia cieśni cewki za pomocą rozszerzania nie przestaje być cenną metodą, mimo że kategoryja cieśni bliznowych stawia jéj niepokonalny opór, tak się téż rzecz ma i z metodą Schroettera.

14) Zastępując tracheotomiję w przypadkach ostréj cieśni użyciem rurek Schroettera *à demeure* należy chorym jasno i kategorycznie przedstawić potrzebę i doniosłość rurek, aby przez ciekawość lub niecierpliwość nie kusili się w nieobecności lekarza takowe wyjmować, albowiem łatwo może nastąpić katastrofa, zanim lekarz zdoła przybyć z pomocą (przyp. 15). Przy braku inteligencyi u chorego i należytego dozoru pewniéj się działa przez uskutecznienie z góry tracheotomii.

15) Wprowadzanie świeczek i rurek powinno, o ile możności, odbywać się przy pomocy wziernika, a w każdym razie ostrożnie i łagodnie. *Catheterisme forcé* należy wyrugować z dziedziny laryngologicznéj, jak go wyrugowała chirurgija z zakresu terapii cieśni cewki moczowéj; osobliwie zaś u dzieci należy być bardzo oględnym przez wzgląd na delikatność i wiotkość tkanin dziecięcego organizmu. (Przyp. 20 poucza, jak łatwo można uszkodzić błonę śluzową u dzieci).

16) Jako *curiosum* i możliwą ewentualność pozwolę sobie przytoczyć z kazuistyki Schroettera (l. c. 45 lub *Beitrag zur Behdlg. der Larynxstenosen* 1876 str. 12), że chory połknął świeczkę cynową wraz z długą nitką skutkiem przypadkowego odpadnięcia szczypczyków, umocowujących ją w kaniuli.

17) Mimo wymienionych możliwych ewentualności przy metodzie Schroettera należy ją uważać za znakomity postęp w zakresie terapii chorób krtaniowych.

IV. Hydroterapija a suchoty płucne.

Podał **Dr. Stanisław Smoleński.**
Lekarz zdrojowy w Gleichenbergu.

Minęły już na szczęście czasy, kiedy to lekarz patrzał na chorego i sprawę chorobową okiem anatoma; nie wolno nam już zakładać obojętnie rąk przy łóżku chorego, gdyż mamy to przekonanie, oparte na doświadczeniu, że lekarz ma dziś obowiązek być nietylko obserwatorem, lecz że chorych leczyć może i powinien. Postęp to wielki i przeobrażenie pojęć zbawienne!

Niestety zwrot ten w zasadzie dobry, zdaje się przerzucać pewną część lekarzy w drugą ostateczność: oszołomieni wielkiemi postępami terapeutycznemi w medycynie zdają się niektórzy zapominać o zmianach anatomicznych w przebiegu wielu chorób i karmią się złudną nadzieją osiągania skutków leczniczych ze stanowiska anatomicznego niekiedy prawie wręcz niepodobnych. W miejsce zimnych i szkodliwych skeptyków pojawiają się nie rzadko gorący ale nie mniéj szkodliwi zapaleńcy, którzy, w dobréj czy złéj wierze, chcąc dokazywać cudów leczniczych głoszą nowe ewangelije lekarzom, a bałamucą chorą publiczność. Rok temu przeszło podjęliśmy rozbiór głośnéj sprawy leczenia suchót płucnych za pomocą wziewań rozczynu będźwinianu sodowego, inaugurowaną przez Dra Prokopa Rokitanskiego w Insbruku (Dr. Smoleński: Inhalacyje rozpylonych płynów itd. *Przegląd Lek.* 1880 nr. 5 i 6). Sprawa owa błysnęła i zgasnęła jak błędny ognik i nic po niéj nie zostało krom trochy kopcącego dymu rozczarowania.... A przecież Rokitansky miał przynajmniéj za sobą jakąś logikę, popierały go teoryje Klebsa itd., których wolno nie przyjąć ale z któremi obliczać się należy.

Życzyćby należało w interesie powagi nauki lekarskiéj i dobra chorych, aby wszystkie podobne ewangelije terapeu-

tyczne podległy tak wszechstronnéj ocenie i rozbiorowi krytycznemu, jak swego czasu nauka Rokitanskiego, gdyż zaniedbane lub lekceważone rozrastają się jak chwast, znajdują łatwowiernych i nieobliczoną przynoszą szkodę nauce, aczkolwiek mogą być często nader korzystnemi dla lekarzy, którzy je głoszą lub niemi się posiłkują.

Do takich ewangelij *sui generis* należy znów leczenie suchót płucnych za pomocą pewnych specyjalnych zabiegów hydroterapeutycznych.

Nie mam zamiaru rozbierania szczegółowo na têm miejscu wartości leczniczéj w przebiegu powyższéj choroby okładów lodowych lub z zimnéj wody, t. zw. obmywań, zlewań, nacierań, natrysków miejscowych na klatkę piersiową itp., gdyż zabiegi powyższe jako pomocnicze i symptomatyczne z mniéj lub więcéj ściśle oznaczonêm wskazaniem i działaniem fizyjologicznêm znalazły już zasłużone po większéj części prawo obywatelstwa już to w zapobieganiu, już to w leczeniu zmian chorobowych w płucach, szczególnie zaś w zwalczaniu pewnych przykrych, a nawet niebezpiecznych, objawów i następstw suchót płucnych. Chciałbym tym razem zastanowić się bliżéj nad t. zw. opaskami piersiowemi (*Kreuzbinden*), które z pewnych stron sławione są, jako prawie niezawodny środek leczenia „gruźlicy".

Zanim do tego przystąpię, niech mi wolno będzie przytoczyć w najogólniejszych zarysach racyjonalne wskazania do użycia i stósowania w suchotach płuc wzmiankowanych powyżéj różnych procedur hydryjatrycznych. Wspomnieć tu muszę przedewszystkiém o znanym zakładzie Dra Brehmera w Goerbersdorfie, urządzonym prawie wyłącznie do leczenia chorób piersiowych, mianowicie suchót płucnych. Pomiędzy zabiegami terapeutycznemi stósowanemi tamże niepoślednie miejsce zajmują bowiem również procedury hydryjatryczne. Polegają one, jeśli nie ma innych specyjalnych wskazań, na pielęgnowaniu i wzmacnianiu skóry, zbyt często u suchotników z obawy zaziębienia zaniedbanéj. Należą tu wykonywane codziennie t. zw. nacierania całego ciała, tudzież, w miarę odporności ustroju na bodźce termiczne, natryski. Ostatnie przeciwwskazane są u suchotników skłonnych do krwotoków płucnych. Nacierania Brehmer urządza inaczéj niż w innych zakładach, gdzie dziś powszechnie w następujący przeprowadza się je sposób. Prześcieradło zmoczone w wodzie o oznaczonéj w każdym przypadku ciepłocie (w ogóle 10—20° R.) i wykręcone zarzuca się na chorego i owija niém szczelnie od stóp do szyi, poczém kąpielowy obiema rękoma naciera prześcieradło na przemian po całém ciele, wywierając mniejszy lub większy nacisk według istniejącéj potrzeby większego lub mniejszego zadrażnienia skóry. Działanie téj procedury zależy: 1) od ciepłoty wody, 2) od ilości wody (ilości ciepłostek) w prześcieradle, co zawisło od mniéj lub więcéj silnego jego wykręcenia, 3) od grubości prześcieradła (drażnienie mechaniczne), 4) od czasu trwania procedury, 5) od siły, z jaką służący naciera. Pinoff, lubujący się w działach i poddziałach, powiada, że działanie nacierań zależy również od pozycyi chorego, t. j. czy tenże podczas tego stoi, siedzi lub leży.

Brehmer zaś postępuje inaczéj: chorego zmywa się gąbką napojoną wodą odpowiedniéj temperatury, następnie służący naciera całe ciało rękawiczką (*Frottirhandschuh*) a nareszcie osusza prześcieradłem.

Podobnie jak w Görbersdorfie posiłkują się i inne zakłady przeznaczone dla leczenia suchotników hydroterapiją, mianowicie Davos, gdzie skutki lecznicze osiągane natryskami nazywa Spengler znakomitemi, tudzież Falkenstein, zakład Dra Dettweilera.

Procedury wodne używane w powyższych i wielu innych zakładach są, jako skierowane do hartowania chorych, pielęgnowania i wzmacniania ich skóry, w ogóle racyjonalne i niezawodnie trzeba i im przypisać pewną część zasługi w otrzymywaniu dobrych stosunkowo rezultatów w wielu przypadkach suchót płucnych. Rozbierać szczególowo wartość leczniczą hydroterapii na podstawie przypadków leczonych w powyższych zakładach, jest jednakże rzeczą wręcz niemożebną, gdyż głównemi działaczami leczniczemi tamże są: wyniesienie nad poziom morza (Görbersdorf 1700 stóp, Davos 4790 stóp itd.), przebywanie prawie ciągłe na dworze, specyjalnie zastósowana dyjeta (tłuszcze, napoje wyskokowe itd.)

Prócz wartości, że tak powiem, higijenicznéj mają zabiegi hydryjatryczne także swoje uprawnienie w suchotach płucnych jako leki symptomatyczne i na têm polega największa wartość hydroterapii w suchotach płucnych.

Wskazania do stósowania ogólnych procedur hydryjatrycznych w przebiegu choroby w mowie będącéj są następujące:

1) pielęgnowanie i hartowanie skóry,
2) zwalczanie trawiącéj gorączki,
3) „ rozpływnych potów,
4) „ uporczywych biegunek.

O zabiegach służących do wypełnienia pierwszego wskazania mówiłem już powyżéj.

Przeciw gorączce mogą być pożyteczne zmywania zimną wodą (12° R.), kąpiele (15—20° R.), zawijania wilgotne na 15—20 min. i t. zw. kąpiele prześcieradłowe z następowêm oblewaniem.

Przeciwko potom: zmywania, dłużéj trwające kąpiele prześcieradłowe z następowemi oblewaniami itp.

Przeciw biegunkom mogą być pożytecznemi ogólne natarcia, głównie jednak okłady zimne miejscowe na brzuch, zmieniane co 20—30 min.

Inne procedury hydryjatryczne, jak okłady zimne na głowę (przy uporczywym bólu głowy), na klatkę piersiową (w bólach lub krwotokach piersiowych), tudzież t. zw. okłady i opaski wygrzewające (brzuszne, szyjne itd.) mogą być przy pewnych wskazaniach pożytecznemi.

Po tym ogólnym, a bynajmniéj nie wyczerpującym, rysie używanych dziś w suchotach płucnych procedur hydryjatrycznych, często nader pożytecznych jako środki symptomatyczne, wracam do głównego mego zadania, tj. do zastanowienia się nad t. zw. opaskami piersiowemi, które niektórzy sławią jako środek niemal specyficzny leczący „gruźlicę".

Opaski piersiowe zakładają się w sposób następujący: Dwa kawały grubego płótna (t. zw. opaski Prysznicowskie) mające 2—2½ metra długości, szerokości około 20ctm. zwija się osobno tak jak opaski chirurgiczne. Jednę z nich zanurzoną w zimnéj wodzie i silnie wykręconą zakłada się bezpośrednio na skórę w postaci ósemki około klatki piersiowéj, poczém w ten sam sposób pokrywa się ją drugą opaską suchą a przymocowuje tasiemkami przyczepionemi do końca opaski zwiérzchniéj.

Jaki może być wpływ powyższych opasek na płuca?

W przeciwstawieniu do zwykłych okładów zimnych t. zw. tamujących zowią je hydroterapeuci podniecającemi. Czy w nazwie téj (wcale nienaukowéj — Runge) znajdziemy może klucz do zrozumienia ich działania?

Rozumiemy, że zetknięcie zwilżonéj w zimnéj wodzie opaski z ciałem wywoła w pierwszéj chwili zadrażnienie nerwów skórnych, że drogą odruchową wywoła parę lub kilka głębokich wdechów, jednakże łatwo pojąć, że do zmian tych nie można przywiązywać jakiéjkolwiek wagi w leczeniu suchót płucnych, gdyż owe zmiany odruchowe są małoznaczne a przy tém rychło przemijające. Zresztą istotne i właściwe działanie opasek polegać ma na następowém ogrzaniu ich do ciepłoty skóry a przybliżeniu nawet do temperatury krwi. Jeżeli Czerwiński sądzi (*Compend. d. Thermother.* str. 111), że w podobnych warunkach: „*sich nach und nach eine immer grössere Wärme entwickelt, welche den normalen Temperatursgrad des Menschen schon übersteigt und noch immer grösser wird(!)*“, to jest to mniemanie błędne. W obec takiéj logiki nic dziwnego, że i dalsze rozumowanie tegoż autora, mające nam tłumaczyć działanie zawijań, resp. opasek piersiowych, jako następstwo i skutek owego wrzekomo ponad ciepłotę ciała podniesionego ciepła opasek, nie ma i mieć nie może żadnéj wartości.

Bądź co bądź klatka piersiowa zawartą jest wśród takiéj opaski niejako w parni, co sprowadza zwykle rozszerzenie naczyń skórnych klatki piersiowéj a tém samém skutkiem zmniejszenia oporu w naczyniach nieznaczne zwolnienie ruchów serca. Wyrażenie o zmienioném drogą odruchową unerwieniu itp. jest ogólnikowe i tak dowolne ma znaczenie, że nie można go brać w rachubę. Heymann i Krebs mówią także o napęcznieniu końcówek nerwów czuciowych ciepłą parą wodną, która to hypoteza niczego nam nie tłumaczy a z natury swéj jest nieprzystępną dla jakiéjkolwiek krytyki.

Widoczném i główném zatém następstwem jest przekrwienie skóry na klatce piersiowéj, co dla narządów wewnętrznych może mieć tylko to następstwo, że w pewnéj mierze zmniejszy się ilość krwi dopływającéj do płuc.

Wręcz dowolném jest przypuszczenie Lauder-Brintona (*On Irritants and Conterirritants St. Bartholom. Hosp. Rep. X. 1875*), że równocześnie z rozszerzeniem naczyń skórnych nastaje skurcz naczyń części głębokich drogą odruchową.

Opaska piersiowa może więc według tego, cośmy dotychczas powiedzieli, wywołując rozszerzenie naczyń skórnych zmniejszyć napływ krwi do płuc, zmniejszyć tém samém wydzielinę nieżytową w oskrzelach, a skutkiem tego łagodzić kaszel. Zdanie Winternitza (*Hydrotherapie* II, 84), jakoby „skutkiem napęcznienia nerwów skórnych w łaźni parowéj (ogrzanéj opasce) rozrzedzała się wydzielina oskrzelowa, ułatwiało odkrztuszanie itd.“ nie odpowiada właściwemu działaniu opasek piersiowych.

Łatwo zrozumieć *a priori*, że opaska piersiowa wywiera pewien wpływ na ciepłotę śródklatkową. Winternitz (II, 85) badał w jamie ropnéj okołoopłucnowéj temperaturę blaszki żebrowéj opłucny. Wypadek tych badań termometrycznych jest prawdopodobny, chociaż możnaby zarzucić Winternitzowi nieuwzględnianie wahań dobowych ciepłoty ciała. Według tego w pierwszych 20 min. ciepłota obniżyła się w jamie ropnéj o 0·1° C. a w ciągu następnych godzin podniosła się o 0·2° C. ponad temperaturę pierwotną. Pierwsze zetknięcie się zimnéj opaski z ciałem można tu uważać za przyczynę nieznacznego spadku ciepłoty; czy małe następowe podniesienie można uważać za następstwo utrudnionéj utraty ciepła przez szczelne zawinięcie klatki piersiowéj, jest rzeczą wątpliwą.

Zakładając zatém opaski piersiowe chcemy sprowadzić długotrwałe rozszerzenie naczyń skórnych przez utrudnienie promieniowania ciepła.

W procedurze téj nie ma, jak widzimy, nic swoistego, nic coby się według Winternitza miało przyczyniać do rozpuszczania i wsysania starych i stężałych wypocin, oraz ostrych i chronicznych wytworów zapalnych. Apelowanie do możebnych „zmian w życiu komórek“ itp. (Winternitz) jest odnośnie do suchót płucnych frazeologiją, niczém więcéj.

Na jakiéj zasadzie może Günzberg spodziewać się po opaskach piersiowych leczenia i wyleczenia gruzełków, trudno pojąć.

Według tego, cośmy wyżéj powiedzieli, racyjonalnemi ze stanowiska teoretycznego byłyby opaski piersiowe w zmianach zapalnych płuc ze skłonnością do przekrwień płucnych, ale w jaki sposób mają one być pożytecznemi w sprawach chorobowych, w których przeważa niedokrewność, skąpe unaczynienie i ucisk naczyń krwionośnych przez wypociny komórkowe? w sprawach, w których możebnym warunkiem leczenia jest właśnie, jak na to szczególnie kładzie nacisk Rindfleisch, a za nim powtarzają Rhoden i Winternitz, obfity dowóz cieczy, przesiąknięcie wypocin krwią? Opaski tego wcale nie czynią, jakże się więc po nich spodziewać rzeczy niepodobnych? Oddychanie wilgotném powietrzem a nawet powiększony dowóz cieczy przez przewód pokarmowy odpowiadałyby prędzéj temu wskazaniu (racyjonalnemu jednakże tylko w postaciach suchót płucnych) aniżeli opaski piersiowe. Jeżeli niektórzy powiadają, że w opaskach piersiowych rozporządzają t. zw. klimatem prywatnym dla skóry, który porównywają z wilgotném ciepłém powietrzem Madeiry (Winternitz II, 96), to jest w tém więcéj krasomówstwa niż logiki.

(Dok. nastąpi).

V. Objawy chorobowe w czasie pierwszego ząbkowania.

Podał Dr. Antoni Lachowicz,

Niektóre z tych objawów nie mają większego znaczenia, spostrzegamy je najczęściéj u dzieci wątłych, których odżywianie jest niedostateczném; inne zaś ważne już same przez się, jakotéż z przyczyny następstw, które mogą wywołać, wymagają całéj naszéj uwagi. Do takich należą częste wymioty, silna biegunka z wydzielinami żółtemi lub zielonemi, nadmierne ślinienie, drgawki, zapalenie spojówki ocznéj, zapalenie błony śluzowéj przewodu pokarmowego i oddechowego, niektóre wysypki skórne.

Każden z tych przypadów współczulnych wymaga środków właściwych; przeciwko zaś przyczynie ich, to jest przeciwko zadrażnieniu błony śluzowéj jamy ustnéj, wywołanemu przez ząbkowanie, polecam następujące środki:

W razie obrzmienia zapalnego, bolesnego dziąseł, czemu towarzyszy podniesiona znacznie ciepłota w ustach i wielkie pragnienie, polecam przedewszystkiém napoje łagodzące, tak dziecku, jakotéż i mamce. Dla należytego podtrzymania wypróżnień stolcowych zalecam nieco słodkiéj serwatki i lewatywkę z dodatkiem szczypty soli. W celu zapobieżenia nawałom do mózgu i drgawkom używam środków odciągających, jako to synapizmów lub wizykatoryj za uszkami. Miejscowo każę pomazywać dziąsła bolące następującym płynem, zwilżywszy poprzednio koniec palca (czystego) lub pędzelek zwykły kilku kroplami tegoż płynu:

Rp. Glycerini anglic. 30 *gr.*
Chloroformi 0.50 — 1 *gr.*
Tinct. croci 0.50 — 1 *gr.*

Płynu tego używam z bardzo pomyślnym skutkiem także w świądzie u ząbkujących, nawet gdy nie ma zapalenia, tylko zadrażnienie dziąseł połączone z bólem, z przyczyny którego dzieci stają się niespokojne, płaczą, krzyczą, spać nie mogą. Skład powyższego płynu jest bardzo racyjonalny, jeżeli uwzględnimy działanie kojące gliceryny i chloroformu w różnych przeczulicach, jakotéż działanie resolwujące szafranu, uznane już przez Hipokratesa.

Uważam za niepotrzebne, a nawet czasem i za niebezpieczne nacinanie dziąseł, jak to wykażę opisem następującego przypadku.

Pewien lekarz uznał za potrzebne u synka swego, mającego pięć miesięcy, dobrze zbudowanego, lecz z powodu wczesnego odłączenia i następnéj biegunki nieco osłabionego porobić nacięcia dziąseł obrzękłych, któréj to okoliczności przypisywał niespokój i bezsenność dziecka. Nacięcia krwawiły miernie i nic szczególnego nie spostrzeżono. We cztery dni późniéj uznał za potrzebne ponowić te nacięcia, z których jedno krwawiło dłużéj niż zwykle i dopiero po użyciu środków szczmiących we dwa czy téż trzy dni krwawienie to uśmierzone zostało. Lecz zaledwo z tego nacięcia krew zaprzestała odpływać, gdy inne się otworzyło i krwawiło. Stan ten trwał aż do śmierci dziecka, całych dni dwanaście. W ciągu tego długiego czasu zostały użyte wszystkie możliwe środki, z największą troskliwością i starannością. Krwawienie nieustawało aż do śmierci dziecka, która nastąpiła we trzynaście dni po pierwszém nacięciu. Krwawienie to było tak nieustającém pomimo użycia wielkiéj liczby środków odpowiednich, że może to nie będzie niestosowném, jeżeli środki te tutaj wyliczę; oto one: roztwór półtorachlorku żelaza; roztwór nasycony z hałunu i siarkanu zynku z dodatkiem kwasu siarkowego; nasycony roztwór saletranu srebra; saletran srebra krystaliczny; kwas garbnikowy i kwas galusowy w proszku; siarkan miedzi krystaliczny; olejek terpentynowy; mięszaniny chłodzące, żegadło, kompresiki napojone roztworem kwasu garbnikowego i przytrzymywane palcem; węgiel; roztwór wyskokowy dwuchlorku rtęci; kwas saletrowy; półtorachlorek żelaza płynny z dodatkiem kwasu solnego. Jedynie tylko saletran srebra krystaliczny powstrzymał krwawienie na kilka godzin; lecz po odstaniu strupka, wytworzonego przyspieszonym ruchem policzków i szczęk, krwawienie znowu się rozpoczęło. Wszystkie inne środki wyżéj wymienione, nie wyłączając żegadła, nawet chwilowego nie wywarły skutku. Ponieważ żołądek dziecka dobrze znosił pokarmy, przeto starano się wprowadzać do ustroju jak najmniéj z wiekiem dziecka zgodnych pokarmów, zdolnych wynagradzać ubytek pierwiastków protejnowych, przy zadawaniu równoczesném kropli żelaznych i wina.

Czemu przypisać należy ten krwotok? *Diathesis haemorrhagica?* Nie sądzę, ponieważ pierwszy raz zrobione nacięcia nie wykazały nic nieprawidłowego. Nie było także podstawy do przypuszczenia jakiegoś skorbutycznego składu krwi; w ostatnich dniach krew była więcéj bladą i więcéj zawierała surowicy; lecz poprzednio była czerwoną i ani wyglądem swoim, ani téż pod drobnowidem nie okazywała nic niezwykłego, nieprawidłowego. Tętno było dobre, wargi i dziąsła w początkach prawidłowo zabarwione. Krew nie tryskała, lecz odpływała równo i ciągle.

Nie napotkawszy w praktyce mojéj krwawienia tak uporczywego, pomimo użycia tylu i tak dzielnych środków, i nie przypuszczając, żeby po nacięciach zwykle nieszkodliwych, a tak często przez wielu lekarzy robionych, z korzyścią, jak utrzymują, a przynajmniéj bez złych następstw; sądziłem, że podanie tego przypadku do wiadomości nie będzie bezkorzystném.

VI. Oceny i sprawozdania.

Ligatura katgutowa.

Wykład Józefa Listera miany w Towarzystwie klinicznêm w Londynie 28 stycznia 1881 roku.

W chwili, gdy Lister po raz pierwszy wprowadził katgut do podwiązywania naczyń przy przeciwgnilném leczeniu ran, zdawało się, że materyjał ten uczyni zadość wszelkim wymaganiom, têm bardziéj, gdy Lister sam przekonał się, że nawet w przypadkach ran mocno ropiejących lub posokujących katgut przecie ulega zupełnemu wessaniu. Wkrótce jednak odezwały się z różnych stron głosy, podnoszące ujemne strony katgutu. Kilkakrotnie spostrzeżono wczesne rozejście się brzegów ran zespojonych katgutem, przy podwiązywaniu naczyń pojawiały się krwotoki następowe; wielu téż chirurgów wróciło napowrót do podwiązywania naczyń jedwabiem aseptycznym, odcinając jednak oba końce nitki zupełnie krótko, w nadziei, że i jedwab ulegnie wessaniu lubo znacznie późniéj. Nadzieje te jednak zawiodły a Lister sam przytacza przypadek, w którym przy wycięciu gruczołu tarczykowego założył w braku dość silnego katgutu 6 ligatur konopianych i odciął ich końce krótko. Jednak w miesiąc potém odeszła wśród małego ropienia pierwsza a w 8 miesięcy ostatnia nitka zupełnie niezmieniona. Przy bliższém badaniu tych nitek okazało się, że napojone one były cieczą kwaśno oddziaływającą a wśród ich włókien znalazł Lister masę złożoną z grzybków Granuligera, które wznieciwszy kwaśne kiśnienie były bezwątpienia przyczyną ropienia w otoczeniu nitki. Katgut więc pozostał najodpowiedniejszym materyjałem: Lister sam używał go w 9 przypadkach podwiązania większych naczyń *in continuitate*, a ani razu nie widział potém złych następstw. Pomyślne te wyniki przypisuje L. głównie dwom czynnikom, po pierwsze że zawsze przed użyciem katgutu wypróbował go, czy jest rzeczywiście dobrze przyrządzony, a powtóre że aż do zupełnego zabliźnienia się rany używał opatrunku ściśle aseptycznego. Sądzi bowiem L., że dopóki znajduje się rana choćby na pozór zupełnie powierzchowna, to przecie dostać się może pierwiastek zakaźny aż do niewessanéj jeszcze nitki katgutu, wywołać tam ropienie i stać się przyczyną krwotoku następowego. Doswiadczenie zatém Listera jest najlepszym dowodem, że na katgut starym sposobem, byle dobrze, przyrządzony można się zupełnie spuścić. Jednak dawny ten sposób ma jedną wielką niedogodność, mianowicie, że wymaga dużo czasu. Potrzeba bowiem najmniéj 2ch miesięcy, aby katgut był dostatecznie przyprawiony, lepszy on jest po 6 miesiącach a jeszcze lepszy po roku. Jest to więc, jak powiedziano, wielka niedogodność, gdyż robi ona wynik operacyi zależnym niejako od fabrykanta, który nie znając ważności dostatecznie długiego przyprawiania katgutu, może dostarczyć materyjału zanadto świeżego i w ten sposób zniweczyć całą pracę chirurga. Aby więc zapobiedz téj niedogodności, starał się Lister wynaleźć sposób przyrządzania katgutu, któryby

odpowiadał wszelkim wymaganiom, a wymagania te są: krótki czas potrzebny do zupełnego przyprawienia, dostateczna siła nitki nietylko suchéj, ale także i po leżeniu jakiś czas w ciepłéj surowicy krwi, aby węzeł raz zawiązany nie wolniał, aby nitka nie była zanadto twarda i niezdatna do wessania, aby z drugiéj strony wessanie jéj nie następowało zanadto prędko i aby ono postępowało jedynie od powierzchni nitki tak, aby pozostała jeszcze jéj część nie traciła swéj siły. Widzimy zatém, że nie tak łatwo zadość uczynić wszystkim tym warunkom i nie dziw, że Lister potrzebował 2 lat czasu na robienie różnych doświadczeń, nim zdołał znaleźć sposób przyprawiania katgutu, który ma być zupełnie odpowiedni. Sposób ten jest następujący: Jeden gram kwasu chromowego rozpuszcza się w 4000 gramach wody przekroplonéj i dodaje się do niéj 200 gramów czystego kwasu karbolowego; poczém natychmiast, nim przez wzajemne działanie obu tych kwasów na siebie przyjdzie do utworzenia osadu, zanurza się do powyższego rozczynu 200 gramów katgutu, zatém ilość co do wagi tę samą co i kwasu karbolowego. Nie można dać katgutu mniéj, gdyż stałby się zanadto przyprawionym (*überpräparirt*) i niezdatnym do wessania, ani też więcéj, gdyż w takim razie byłby za mało przyprawiony i za mało oporny. Po wyjęciu katgutu z powyższego rozczynu (szkoda tylko, że L. nie podał, jak długo ma w nim pozostawać) suszy się go a następnie przechowuje w 20% oleju karbolowym. Siła tak przyrządzonego katgutu zależy od materyjału, z jakiego był robiony, gdyż po pierwsze nie każdéj owcy kiszka jest zarówno przydatna do wyrabiania z niéj strun, a powtóre kiszka musi być zupełnie świeża niegnijąca. Te dwa warunki zależne są naturalnie jedynie od fabrykanta, trzeci jednak czynnik jest ten, aby tak przy moczeniu katgutu, jak i przy suszeniu nitka była naprężona, np. przez owinięcie jéj na walcu, do którego oba jéj końce zostały przytwierdzone; w ten tylko bowiem sposób można zapobiedz rozkręcaniu się nitki i utracie jéj wytrzymałości.

Według doświadczeń Listera nitka dobrego katgutu o 0·0267 cala średnicy przerywa się dopiero przy obciążeniu jéj przez 13 funtów i 6 uncyj. Po pólgodzinném leżeniu w ciepłéj surowicy krwi zerwała się ona przy obciążeniu 11 funtami 4 uncyjami, jest to zatém wytrzymałość zupełnie dostateczna dla celów chirurgicznych. Wreszcie odpowiada Lister na pytanie co do sposobu wsysania katgutu. Według doświadczeń jego surowica ani świeża ani rozkładająca się nie ma wpływu na wessanie nitki katgutowéj. Dowodzi tego już i ta okoliczność, że tylko ta części szwu katgutowego bywa wessana, która tkwi wśród tkanin, część zewnętrzna zaś, lubo będąca ciągle w zetknięciu z wydzieliną rany, pozostaje niezmieniona. Zmiany spostrzegane na nitce leżącéj wśród tkaniny zależą głównie od sposobu jéj przyprawienia. Katgut zły zostaje już po kilku dniach przejęty na wskróś komórkami nowoutworzonemi, zamieniając się na masę miękką, papkowatą. Przeciwnie, wsysanie katgutu odpowiednio przyrządzonego postępuje jedynie od powierzchni, która jest jakby wygryziona przez otaczające ją komórki, lecz pozostała część nitki zostaje niezmieniona czyniąc tym sposobem zadość głównemu warunkowi, to jest, aby ligatura nie traciła swéj mocy aż do zupełnego jéj wessania, do czego według doświadczeń potrzeba 2 do 3ch tygodni, zatém czasu wystarczającego do stałego zaczopowania się podwiązanego naczynia (*Berlin. klin. Woch.* 1881, Nr. 13 i 14.)

Nie od rzeczy może będzie wspomnieć przy téj sposobności o następnym przypadku. Z początkiem marca wykonałem w klinice prof. Bryka amputacyję uda, z powodu nowotworu rakowego podudzia. Do podwiązania drobniejszych naczyń użyłem katgutu Nr. 3. Tętnicę i żyłę udową podwiązano zwykłą ligaturą z jedwabiu karbolizowanego. Przebieg był zupełnie aseptyczny, jednak w 17 dniu po operacyi znalazłem, ku wielkiemu memu zdziwieniu, wśród skąpéj wydzieliny ropnéj 3 ligatury katgutu prawie zupełnie niezmienione. Ligatura jedwabna odeszła dopiero w 6 dni potém. Pokazuje się zatém, że także katgut dawnym sposobem przyrządzany może nie uledz wessaniu, lecz być wydalony przez ropienie jak zwykła nitka jedwabiu.

Dr. Schramm.

Istota trądu.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 15).

Drugim ważnym badaczem trądu jest Neusser z Wrocławia (*Zur Aetiologie des Aussatzes. Breslauer ärztl. Zeitschrift* Nr. 20 i 21). Dociekał on istoty jego w preparatach przywiezionych z Norwegii, a wyciętych nietylko z guzów skórnych lecz i z wątroby, śledziony, nerek, jąder, gruczołów chłoniczych, nerwów i rogówki. Wynik badań jego:

A) w ogólności jest następny. Znalazł w bardzo obfitéj ilości:

I. Takie dwoinki (*schizomycetes*), które nietylko on sam lecz i specyjaliści w téj mierze Cohn i Koch uznali za odrębne od dotąd widzianych. Najpodobniejsze są do małych dwoinek, które Koch odrysował jako widziane u myszy chorych na posocznicę. Niedostrzegalne w preparatach niezabarwionych, ukazywały się najlepiéj przy zabarwieniach fuksyną tudzież po zapuszczeniu preparatów barwą fijołkową gencyjany.

1) Kształt ich wałeczkowy, długość równa mniéj więcéj połowie średnicy ciałka czerwonego krwi ludzkiéj, szerokość wynosi około ¼ część długości. Na preparatach, przedstawiających chorobę w późniejszych okresach rozwoju. N. widział rozpad wałeczków na ziarnka, które atoli różniły się od dwoinek gałeczkowych (*micrococci*).

2) Co do ugrupowania wałeczków, to albo leżą: *a)* jeden za drugim po 2—3, tworząc tym sposobem linię prostą a czasem skrzywioną, albo też *b)* ułożone są obok siebie po 6—7 w regularnych odstępach równoległych, albo nareszcie *c)* zgromadzone są w kępki.

3) Co do siedziby ich, to mieszczą się po większéj części: *a)* w komórkach wielkich, z których są złożone guzy i nacieki trądowe. Dwoinek bywa nierzadko tak wielka ilość, że komórki są niemi zapchane zupełnie. Pojedyńcze ich okazy N. znajdował *b)* między komórkami w kanałach chłoniczych, wreszcie jako długie smugi widywał je *c)* między pasmami tkanki łącznéj, *d)* w naczyniach chłoniczych i *e)* krwionośnych.

II. Oprócz dwoinek uderzała N. w starszych naciekach trądowych emigracyja ciałek krwi z naczyń w tkankę otaczającą. Objaw ten spostrzegał na preparatach zarówno ze skóry, jak śledziony, gruczołów chłoniczych i prawdopodobnie jądra.

B) Przechodząc szczegółowo preparaty z każdéj badanéj części ciała, to

1) o ile w guzach skórnych (*f. leprae tuberosa*) największa znajdowała się ilość dwoinek, o tyle w preparatach wyciętych z części skóry, pozbawionych czucia, (*f. anaesthe-*

tica) i włożonych celem stwardnienia do kwasu osmowego, N. nie znajdował wcale dwoinek ani nic chorobowego w ogóle.

2) Po guzach skórnych najobfitszą w dwoinki częścią ciała okazała się śledziona, gdzie usadowione są kępkami.

3) W wątrobie znachodzą się wśród tkanki łącznéj międzyzrazikowéj.

4) W gruczołach chłoniczych sadowią się przeważnie w częściach obwodowych.

5) Rogówka przedstawiała prócz dwoinek ściemnienie z powodu komórek limfy, które wędrowały od brzegu ku środkowi.

6) Tylko nerka i nerw łokciowy okazały się wolnemi od nacieków trądowych a więc i dwoinek.

Na zasadzie powyższych spostrzeżeń N. uznaje zgodnie z Hansenem znalezione dwoinki wałeczkowe jako przyczynę trądu.

Trzecim badaczem jest lekarz szwedzki Eklund (*Elephantiasis Arabum s. lepra Graecorum*. Stockholm, 1879). Ten znajdować miał stale nietylko w guzach trądu tudzież kawałkach skóry nieczułych (*f. leprae anaesthetica*), ale i w świeżéj krwi trędowatych (czemu Hansen przeczy), wreszcie w moczu ich liczne twory jednokomórkowe, okrągłe, hyalinowe, które uważa za pasorzyty. Ze względu, że mnożą się przez dwojenie, uważa je za dwoinki (*schizomycetes*). Co do rozmiarów ich, te są tak małe, że 50—100 dwoinek mieści się wygodnie w komórce nabłonka brukowego. W preparatach z krwi świeżéj E. widywał je, poprzylepiane do brzegów ciałek krwi tak czerwonych jak białych, lub w środku tychże ciałek, przeświecające białawo jak kość słoniowa, i poruszające się, acz już wolniéj niż zewnątrz ciałek. Okoliczność, że dwoinki powyższe mnożą się bardzo powoli, wyjaśnia, zdaniem E., długi okres przyswojenia w trądzie, który zresztą autor ocenia na rok najwyżéj, acz z opowiadań chorych wynikaćby się zdawało, że twać może 7—8 lat. Szerzenie się trądu odbywa się, zdaniem E., przez zarażenie, ku czemu pomaga sposób życia ludności uboższéj w Norwegii, sypiającéj razem z trędowatymi i jedzącéj z nimi temi samemi narzędziami.

Z powyższego zestawienia wynika, że o ile wszyscy trzej przytoczeni badacze, zgadzają się na to, że chorzy na trąd żywią w swych ustrojach pasorzyty, o tyle różnią się w szczegółach. A mianowicie najprzód co do kształtu pasorzytów. Gdy Hansen mówi tylko o tworach małych, wałeczkowatych, drgających, a Neusser oznacza w przybliżeniu ich rozmiary: Ekland nadaje swym pasorzytom kształt galeczkowaty, przeźroczystość hyalinową i żywy ruch. Co do siedziby pasorzytów, to ostatni autor różni się także od dwu poprzednich. Twierdzi bowiem, że znajdował dwoinki między innemi w krwi świeżéj, czemu Hansen wprost przeczy, i w kawałkach skóry nieczułych, wbrew wynikom poszukiwań Neussera. Ad vocem odmiany trądu bezczulnéj nie od rzeczy będzie na zakończenie wspomnieć dodatkowo o wynikach pracy Czyrjewa, który badał rdzeń pacierzowy chorego na formę trądu bezczulną (*Gaz. med.* 1879, Nr. 13). Znalazł zanik komórek zwojowych, położonych w rogach tylnych rdzenia i w słupkach Clarkego. Kanał środkowy i jego najbliższa okolica pełna komórek okrągłych, małych, które C. uważa za nierozwinięte (embryjonalne). Takiemi samemi komórkami naciekłe ściany naczyń krwionośnych. Ściany te zgrubiałe. Natomiast istota rdzenia biała równie jak korzenie jego przednie i tylne prawidłowe. (*Viertelj. f. Derm. u. Syph.* 1880, str. 130—136).

Dr. Różański (Lwów).

R. Liveing: **Cukromocz w przewlekłym wyprysku skórnym.**

L. zwraca uwagę na częste powikłanie przewlekłego wyprysku skórnego (*eczema chronicum*) z cukromoczem. Szczególniéj dotyczą takie przypadki osób dobrze odżywionych z nadmiernie rozwiniętą podściółką tłuszczową. Autor sądzi, iż pierwszorzędném zboczeniem w tych przypadkach jest cukromocz (*glycosuria*) jako objaw zaburzonéj przemiany materyi, a wyprysk skórny cierpieniem następowém. Najracyjonalniejszym sposobem leczenia w mowie będących przypadków jest uszczuplenie dyjety; nie chodzi tu jednak bynajmniéj o zupełne usunięcie istót skrobiowatych i cukru; dyjeta ma być właśnie mięszaną lecz w skromnéj ilości. Pod wpływem tego postępowania autor uzyskał w wielu przypadkach zupełne usunięcie tak wyprysku jak i cukromoczu. (*The Lancet* 1881 I. 11). *Dr. Poniklo.*

Paulsen (z Hamburga): **Przyczynek do leczenia ostrego śluzoropotoku u dorosłych.**

A. przypisuje bardzo rychłe wyleczenie przypadku śluzoropotoku ostrego u chorego mającego lat 30, środkom, które zastósował, a które pod pewnym względem się różnią od tych, które dotąd stósowaliśmy. Chory się zgłosił w trzy dni po wystąpieniu choroby; powieki były bardzo obrzmiałe, spojówka powiek w najwyższym stopniu rozpulchniona i zaczerwieniona, spojówka zaś gałkowa otaczała rogówkę w kształcie wału. Rogówka szarawo naciekła, w środku téjże znajduje się głęboki wrzód, który zajmował mniéj więcéj $\frac{1}{3}$ téjże. Chory cierpiał na rzeżączkę. Leczenie było następujące: spokój, lodowe okłady stósowane bez przerwy przez dzień i noc. Autor zaleca do robienia okładów użycie woreczków kauczukowych, które się lodem napełnia, a które nie tylko oko ale także czoło, skronie i część twarzy pokrywają, w skutek czego ochładza się krew w tych sąsiednich częściach krążąca, która się także do spojówki dostaje. Co pół godziny przemywano oko i oddalano ropę. Do środków dezinfekcyjnych nie wielką przywięzuje wagę. Natomiast przypisuje pomyślny rezultat leczenia przedewszystkiém zastósowaniu natrysku zimnego. Obok łóżka dość wysoko umieścił wiadro wody o cieplocie 12—15°. Za pomocą kauczukowéj rury zlewał oko i twarz co godzina przez dzień i noc. Skutki miały być znakomite. Obrzmienie powiek zmniejszało się po każdorazowém natryskaniu, które dla chorego wcale nie jest nieprzyjemną rzeczą. Działanie lecznicze tłumaczy A. zwężeniem naczyń. Grubość słupa wody wynosiła 6 mm. Piątego dnia stan chorego o tyle się poprawił, iż zaniechano stósowania natrysku, a 14 dni późniéj był chory zdrów zupełnie. (*Zehenders klinische Monatsblätter.* Zeszyt grudniowy 1880). *Dr. Machek.*

Wiadomości pomniejsze.

(K. B.) **Leczenie chirurgiczne moczenia nocnego u dzieci.** Dr. Walker Whitehead zakłada dziecku spać się kładącemu bougie gałkowate (*à boule*) odpowiadające dokładnie długości cewki i sam je ustala. Skoro dziecko wstaje wyjmuje się bougie. W ten sposób postępując otrzymał Whitehead liczne wypadki uleczenia tego cierpienia. (*Paris méd*)

(K.B.) **Przypadek wyleczonéj moczówki cukrowéj.** Lekarz S. T. w Ameryce zapadł na ostry gościec stawowy. Po wyleczeniu się z takowego przy pomocy dwuwęglanu potasu, spostrzegł polyuryą. Przedsięwzięte badanie moczu wykazało obecność cukru 18%, ciężar gatunkowy moczu 1022. Odtąd poddał się najściślejszéj dyjecie, nie spożywając najzupełniéj żadnych istot skrobiowatych ani cukrowych i używając równocześnie *calcium sulph.* i strychnin. Ilość dzienna moczu zmniejszała się nagle, ciężar gatunkowy również, wreszcie badanie na cukier nie wykazało po czternastu miesiącach ani śladu takowego. Chory uważając się za radykalnie uleczonego zaczął wracać powoli do dyjety zwykłéj mięszanéj. *(Trib. méd.)*

(F. M.) **Ciepłe kąpiele w durzycy** zyskują coraz więcéj uznania. Afanassjew przytacza (w *Petersburger med. Wochenschrift*) 7 przypadków, gdzie chorych na durzycę sadzano do kąpieli o 25° R., po 3 godziny dwa razy dziennie. Podczas jednéj takiéj kąpieli spadała ciepłota chorego od 1·0° do 2·5° C., czasami i więcéj, tętno również znacznie wolniało. Objawy chorobowe nie stawały się nigdy groźnemi, język był we wszystkich przypadkach wilgotny i nie było utraty apetytu.

(K. B.) **Poszukiwania doświadczalne nad chłonieniem i wydzielaniem chininu.** Opierając się na całym szeregu przeprowadzonych w tym kierunku doświadczeń przychodzi prof. Giusio Lepidi-Chioti do następujących wniosków: Chinin z całą pewnością nie wydziela się ani z śliną ani z potem. Nie zostaje wchłoniętym przez frykcyje naskórne. Pod postacią wstrzykiwań podskórnych użyty ukazuje się w 13—15 minut w moczu. Wprowadzony do żołądka, jeżeli pierwsze drogi przewodu pokarmowego są w dobrym stanie, zjawia się w moczu w przeciągu 15—70 minut. Da się wykryć w moczu po upływie 15—25 minut, jeżeli był zastósowanym za pomocą klyzopompy. Wreszcie znajdziemy go w moczu po 30—40 minutach, jeżeli do wprowadzenia była użytą zwykła serenga i jeżeli rozczyn użyty jakiś czas zatrzyma się w przewodzie pokarmowym. *(Presse méd. belge).*

(K. B.) **Różne środki używane w ostatnich czasach przeciw wściekliźnie.** Dr. Dujardin-Beaumetz wezwany do chorego, u którego po 24 dniach od ukąszenia wystąpiły objawy wścieklizny, a który bezskutecznie brał zaordynowany przez innego lekarza chloral i podskórne wstrzykiwania morfinu, zalecił pelletierinę (pierwiastek kory granatu) w postaci wstrzykiwań podskórnych w ilości 1 grm. Środek ten jednak pozostał równie bez widocznego wpływu, chory w kilka godzin po zastrzyknięciu w napadzie drgawek umarł. Powodem do podania tego środka była wielka analogija, jaka zachodzi pomiędzy wspomnianym środkiem a kurarą, jedynym lekiem, którym dotąd jakieś skutki w wściekliźnie osiągnięto. Idąc za wskazówkami Dujardin-Beaumetza użył weterynarz Nocard u psów wścieklizną dotkniętych nowego alkaloidu waldiviny, alkaloidu z cedronu: skutki odnoszą się tylko do znacznego złagodzenia i zmniejszenia napadów drgawek, zresztą Dujardin-Beaumetz proponuje przy pierwszéj sposobności użyć tego środka u ludzi, podobnie jak i cedriny, drugiego alkaloidu z tego samego drzewa, drzewo to bowiem uchodzi w Kolumbii jako leczące wściekliznę i ukąszenia wężów.

Nie dawno prof. Potain przedstawiał uczniom swym chorego dotkniętego wścieklizną, u którego stósował wstrzykiwania podskórne pilokarpinu bez najmniejszego atoli skutku.

Wstrzykiwania podskórne morfinu próbował Brouardel w szpitalu de la Pitié, i te okazały się równie bezskuteczne. Nakoniec Bouchard użył w jednym przypadku trzech rozczynów kurary otrzymanych z różnych źródeł i tu leczenie jednak nie wstrzymało zejścia śmiertelnego. Co się tyczy środków miejscowych jako profilaktycznych, to tu należy kauteryzacyja miejsca ukąszenia różnemi środkami. Dujardin-Beaumetz widział cztery przypadki, gdzie w jednym był w tym celu użyty azotan srebra, w dwóch amonijak, w jednym alkohol kamforowy, w żadnym jednak rozwinięciu się choroby nie zapobieżono. *Ferrum candens* także zawodzi, być może z téj przyczyny, że dłuższy czas schodzi przy jego zastósowaniu, z tych powodów Blacher zaleca środki żrące płynne. (*Gaz. des Hôpit.,—Revue clinique hebdomaire*).

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Komisyja balneologiczna Tow. lek. krak.

Posiedzenie I z dnia 3 marca 1881 roku.

Przewodniczący Dr. Ściborowski. Członków obecnych 8 i p. Krzyżanowski jako gość.

1) Przewodniczący powitał p. Krzyżanowskiego, po raz pierwszy obecnego na posiedzeniu i złożył do biblijoteki Komisyi Sprawozdanie z jéj czynności w r. 1880, oraz zawiadomił, że sukcesorowie śp. prof. Dra Kozubowskiego ofiarowali do biblijoteki Komisyi 60 broszur treści balneologicznéj.

2) Przewodniczący zawiadomił, że z Krynicy nadesłano sprawozdanie zarządu za r. 1880, oraz odczytał odezwę do zdrojowisk krajowych o nadsyłanie sprawozdań, która w roku zeszłym ułożona, obecnie ma być rozesłaną do wszystkich zakładów zdrojowych i klimatycznych, w kraju naszym się znajdujących. Odezwę wspomnianą przyjęto.

3) Przewodniczący zawiadomił, iż w skutek zmiany czasu Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich z miesiąca września na lipiec, kiedy żaden z lekarzy zdrojowych, ani właściciel lub zarządca zakładu, zajmujący się tymże, nawet na jeden dzień oddalić się nie może, komisyja balneologiczna żadnego udziału w Zjeździe wziąść nie zdoła.

4) Odczytano list Dra Piaseckiego z Zakopanego, w którym tenże donosi, iż mając zakład wodoleczniczy w Kuźnicach i budując nowy zakład w saméj dolinie Zakopanego, mieszka tam stale nie tylko w porze letniéj, lecz i zimowéj i przez cały ten czas udziela rady lekarskiéj, oraz z upoważnienia Namiestnictwa utrzymuje aptekę. Zarazem nadmieniono o liście lekarza powiatowego Dra Zawadzińskiego, o którym była wzmianka w Nr. 7 Przeglądu Lek.

5) Przewodniczący zawiadamia, iż woda zdroju Jana w Szczawnicy przed kilku laty odkrytego, a w jesieni roku zeszłego za pomocą świdra odkopanego i pogłębionego, obecnie została chemicznie rozebraną przez prof. Julijana Grabowskiego. Rozbiór ten wykazał największe podobieństwo wody téj do wody Selterskiéj, a w szczególności znaleziono ciężar gatunkowy 1.00351 w ciepl. + 19° C. oraz następujące części składowe w jednym litrze:

Chlorku sodowego	1.25560
Dwuwęglanu sodowego	2.71288
Dwuwęglanu wapniowego	0.95911
Dwuwęglanu magnowego	0.16261
Dwuwęglanu żelazowego	0.02946
Siarkanu wapniowego	0.01332
Krzemionki	0.02919
Składników stałych	5.16217
Kwasu węglowego wolnego	0.88572
Razem	6.04789 gramów.

6) Przewodniczący wymienił podkomisyje, które dotychczas z zadania się nie wywiązały. Z tych podkomisyję dla zbadania stanu zdrojowiska w Szczawnicy i poczynienia odpowiednich uwag, zawiązaną jeszcze w grudniu r. 1877, rozwiązano, jako niemającą warunków bytu, gdyż większa część niedostatków, o których wówczas była mowa, już usuniętą została. Również zawieszono czynność podkomisyi dla zreorganizowania zakładu gimnastycznego w Krynicy z powodu, że obecnie nie ma

tamże lekarsko uzdolnionego nauczyciela gimnastyki. Stała podkomisyja do spraw Zakopanego załatwia czynności w miarę nasuwania się tychże. Pozostaje zatém jedna tylko podkomisyja mająca określić zasady zachowania się lekarzy zdrojowych względem domowych i wzajemnie.

7) P. K. Krzyżanowski, asystent przy katedrze chemii w U. J., odczytał wiadomość o rozbiorze wody z pierwszéj studni artezyjskiéj w Krakowie. W podwórzu koszar Franciszka Józefa na przedmieściu Piasek, wybito w końcu przeszłego roku studnię, chcąc otrzymać wodę do użytku kuchennego, gdyż znajdująca się tamże druga studnia, nie zbyt dobréj wody dostarczyć może. Zawezwany z Belgii studniarz podjął się wywiercieć studnię, i rzeczywiście gdy przystąpiono do roboty, która nadzwyczaj szybko postępowała, znaleziono w głębokości około 8 metrów wodę, ale o zwyczajnych własnościach odpowiednich wodom studzien przedmieścia, sąsiadującym z warstwą limonitu (żelazo darniowe na wałach przy ulicy Karmelickiéj), który im nadaje małą ilość żelaza, jaką zwykle w tych wodach znajdujemy, obok wielkiéj ilości ciał organicznych. Wiercono zatém głębiéj, gdzie według orzeczenia studniarza dokopano się skały. W głębokości przeszło 60 metrów natrafiono na wodę, ale o zupełnie innych własnościach fizycznych i chemicznych. Woda bowiem po wyjęciu świdra sama w górę się podniosła i nad poziom tryskać zaczęła, wydając przytém woń kwasu siarkowodowego. Założono tedy na główną rurę średnicy przeszło 10 cm. rurę boczną o połowie przekroju, przeznaczoną do wylewu wody, i na tém zakończono robotę, doznawszy zawodu, gdyż zamiast lepszéj wody, gorszą otrzymano. Prelegent dowiedziawszy się, że woda ze studni pomienionéj z powodu nieprzyjemnéj woni i smaku nie jest przydatną do picia, zajął się zbadaniem téj wody, a wynik był następujący: Własności fizyczne: Woda ze studni wierconéj wypływała obfitym strumieniem pod ciśnieniem silném z rury bocznéj do wysokości pół metra nad poziom dziedzińca. Ilość przypływu mierzona zapomocą flaszki daje jako przybliżony rezultat przypływu w 10 sekundach około 3,000 gramów wody, zatém napłynęło w jednéj sekundzie około 300 grm. Woda do flaszki ujęta była mleczną, w skutek będących w zawieszeniu cząstek mineralnych, pochodzących zdaje się od świdra, gdyż studnię niedawno wiercieć zaprzestano. Ciepłota wynosiła 11.1°C. przy ciepłocie powietrza d. 11 stycznia od 1.6°C. do 7°C. i ciśnieniu barometryczném 738.5 mm. Ciężar gat. wody oznaczony zapomocą piknometru z dwu doświadczeń okazał się 1.0009327 przy ciepłocie 15.5°C. Własności chemiczne: Ponieważ woda była jeszcze mętną, zatém do wszelkich badań chemicznych brano wodę ostrożnie lewarkiem z nad osadu zebraną. Przy rozbiorze jakościowym znaleziono: Tlenek potasu, sodu, wapniu, magnu (bardzo mało), tlenku żelaza ślad bardzo mały. Kwas węglowy, krzemowy, chlorowodowy, siarkowy, siarkowodowy (rozczyn jodu odbarwiał się). Prócz tego badano na kwas azotowy, amoniak i t. d., o których nieobecności dokładnie się przekonano. Zestawienie składników znalezionych w wodzie ze studni artezyjskiéj wykazało:

Chlorku potasu	0,06997
Chlorku sodu	0,11520
Siarkanu sodowego	0.42293
Węglanu sodowego	0.19531
Węglanu wapniowego	0.02673
Węglanu magnowego	0.05478
Kwasu krzemowego	0.01014
Ogólna ilość składników	0.89506
Składników przez odparow.	0.89440

Węglanu żelazowego ślad?
Kwasu siarkowodowego j. w. nie oznaczono.
Ciężar gatunkowy wody 1.00093270 przy 15.5°C.
Ciepłota wody 11.1°C.

Rozbiór chemiczny osadu we wodzie w zawieszeniu się znajdującego. Flaszki, w które uchwycono wodę, pozostawiono w miejscu ciemném i spokojném dla ustania się osadu. Po dwu dniach ściągnięto lewarkiem wodę czystą, którą jak wyżéj użyto do rozbioru chemicznego, osad zaś zebrano na sączku. Osad ten był barwy zielonkowato popielatéj, znacznie ciężki, gdyż łatwo we wodzie tonął, po oblaniu kwasami burzył, wydając CO_2. jednak nie cała ilość tego osadu w kwasach się rozpuszczała. W rozczynie kwasnym znaleziono wapń i magn. obok śladu CO_3. Część nierozpuszczalna w kwasach zawierała kwas krzemowy, żelazo i glin. Skład chemiczny osadu był następujący:

Węglanu wapniowego	0,06033
Węglanu magnowego	0.01504
Niedokwasu żelaza i glinu	0.03717
Kwasu krzemowego	0.09176
Ogółem	0.20430

osadu przynależnego do 1000 grm. wody = 1 L.

Jak długo woda ze świeżéj studni artezyjskiéj pochodząca dokładnie się nie wyklaruje, o jéj zastosowaniu i znaczeniu nic powiedzieć się nie da, skoro zaś z czasem przewód dokładnie się oczyści, wtedy o rezultatach nowéj analizy prelegent donieść nie omieszka.

Po skończonym odczycie wywiązała się krótka dyskusyja w któréj obecni wyrażali swoje mniemanie co do pochodzenia kwasu siarkowodowego w wodzie. Przewodniczący żałuje, że nie jest obecnym prof. Alth, który jako geolog mógłby w téj sprawie dać potrzebne wyjaśnienie.

Na tém posiedzenie zakończono. *Dr. Ponikło.*

VIII. Zjazd III. lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.

Czynności Wydziału gospodarczego Zjazdu III lekarzy i przyrodników doznały w ubiegłym tygodniu chwilowéj przerwy z powodu choroby, która nawiedziła dotychczasowego przewodniczącego tego Wydziału, aż wreszcie Prof. Dr. Janikowski czując, iż stan zdrowia jego coraz bardziéj się pogarsza (leży chory na dur wysypkowy), zrzekł się 10 bm. dalszego udziału w pracach przygotowawczych do Zjazdu. Wydział przyjął tę wiadomość z głębokim żalem i z szczerém współczuciem dla cierpiącego i przystąpił do wyboru nowego kierownictwa z uwzględnieniem dwóch grup reprezentowanych w komitecie i w przyszłym Zjeździe, t. j. lekarzy i przyrodników. Na pierwszego przewodniczącego wybrano prezesa Towarzystwa lekarskiego krakowskiego Dra Jordana, na przewodniczącego drugiego Dra Edwarda Janczewskiego, profesora botaniki w Uniw. Jagiell., również wybrano podskarbiego w osobie Dra Daniela Wierzbickiego.

Nowy zarząd rozpoczął już swoje czynności i prosi, aby osoby interesowane zechciały adresować korespondencyje wszelkie do 1go przewodniczącego: Kraków, ulica Wiślna 177.

Co się tyczy zadań proponowanych do dyskusyi w Sekcyjach, to z położnictwa i ginekologii proponowane są następujące:

1) Jakie jest najwłaściwsze postępowanie antyseptyczne podczas porodu i w połogu?

2) Jak postępować należy w przypadkach poronienia, jeżeli wydalenie jaja płodowego się opaźnia?

3) W tych przypadkach obecności cystovarium, z których wykonanie owaryjotomii z jakiegobądź powodu jest niemożebném, jaki sposób leczenia jest wskazany?

4) Kiedy i jakie leczenie mechaniczne wskazane jest w wadach położenia macicy?

5) Jakie postępowanie lekarskie jest najwłaściwsze w przypadkach krwotoków macicznych z nieznanéj na razie przyczyny?

6) Jakiego postępowania użyć należy w przypadkach *hyperemesis gravidarum?*

Koledzy, którzyby chcieli podjąć się referatu co do któregokolwiek z powyższych zadań, raczą donieść o tém 1szemu przewodniczącemu najdaléj do 1go maja b. r.

Przewodniczący Wydziału gosp. III Zjazdu.

Prezes Tow. lek. krak. Dr. *H. Jordan*.

Dr. *Jan Rosner*, Sekretarz Prof. Dr. *E. Janczewski*.

IX. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij W tygodniu 12 (od 13—19 marca) ospa w Londynie jeszcze się nie zmniejszyła. Świeżo zapadło 302, leczyło się w szpitalach 927, umarło 43. W Wiedniu umarło 24, w Budapeszcie 18, w Paryżu 31, w Wenecyi 6, w innych większych miastach pojawiają się sporadyczne przypadki ospy. Z duru brzusznego umarło w Paryżu i Petersburgu po 44, w Bazylei 7. Z duru osutkowego umarło w Petersburgu 41. W innych miastach pojawia się dur osutkowy sporadycznie. Febra żółta przybrała w Rio de Janeiro charakter więcéj nagminny umarło bowiem 38 od 1—15go lutego. W tygodniu 13 (do 26 marca) umarło w Krakowie 1 z ospy, 1 z odry, 1 z płonicy, 1 z błonicy, 1 z duru osutkowego, 2 z róży, 1 z kiły, doniesiono w tymże czasie: o 6 przypadkach ospy, 3 odry, 1 duru brzusznego, 2 duru osutkowego.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 12 (do 19 marca) umarło na 1000 mieszkańców i na rok w Krakowie 46,5; we Lwowie 32,4; w Wiedniu 30,9; w Budapeszcie 35,0; w Pradze 41,6; w Tryjeście 41,3; w Berlinie 23,1; Wrocławiu 41,3; w Gdańsku 32,2; w Mnichowie 30,7; w Dreźnie 26,0; w Lipsku 23,4; w Bazylei 25,9; w Brukseli 23,2; w Amsterdamie 25,2; w Paryżu 28,8; w Londynie 20,5; w Kopenhadze 25,7; w Petersburgu 51,8; w Odesie 31,9; w Wenecyi 32,5; w Bukareszcie 29,1; w Madrycie 34,9; w Barcelonie 27,3 w Aleksandryi 34,6; w Bombayu 34,1; w Madrasie 46,8. *J. B*

X. Wiadomości bieżące.

Kraków d. 13 kwietnia. Prof. Janikowski od tygodnia jest obłożnie chorym. Aby sprawy Zjazdu, któremi dotąd kierował z wielką gorliwością, skutkiem choroby jego nie doznały szwanku w okresie przygotowawczym, uznał prof. Janikowski za stósowne, złożyć mandat przewodniczącego Wydziału przygotowawczego w ręce prezesa Tow. lek. doc. Jordana. Spodziewamy się, że prof. Janikowski po odzyskaniu zdrowia Wydziałowi gospodarczemu nie odmówi skutecznéj swéj pomocy.

* **Berlin.** *(Koresp. oryg.)* Przesyłam kilka uwag tyczących się kongresu chirurgów. — Langenbeck zagaił Zjazd i jak zawsze wybrany został przez aklamacyję przewodniczącym; w miejsce chorego Esmarcha wybrano Thierscha wiceprezesem.

Porządek dzienny wczorajszy:

1) Grawitz (z Berlina): O teoryi szczepienia zapobiegawczego.

2) Maas (z Fryburga): O wpływie nader szybkiego odciągnięcia wody organizmowi. (Bardzo zajmujący wykład).

3) Mikulicz (z Wiednia): O jodoformie, jako środku opatrunkowym w gruźlicy stawów i kości.

4) Sonnenburg (z Berlina): O znaczeniu gruzełków w zapaleniu grzybowém kości i stawów.

5) Dr. Kölliker (z Hali): Przyczynek do anatomii szczeliny szczękowéj.

6) Martin (z Berlina): O wycięciu macicy przez pochwę.

Dziś przed południem posiedzenie z demonstracyjami, w nowéj klinice Langenbecka, a po południu naukowe wykłady bez demonstracyj w auli uniwersyteckiéj. Spis rzeczy znajdujących się na dzisiejszym porządku dziennym przesyłam; nie cały atoli porządek dzienny dziś wyczerpnięto,—jutro ciąg dalszy.

W ogóle udział tak liczny jakiego dotychczas może jeszcze nie było, a tyle odczytów zgłoszonych, że zaraz wczoraj na wstępie Langenbeck musiał prosić o ile możności skrócone wykłady pozostawiając ogłoszenie *in extenso* na późniéj do protokółów. Jutro w południe Mikulicz i ja mamy demonstrować operacyję wycięcia żołądka—ja atoli może odstąpię, a zatrzymam się z demonstracyjami do Krakowa, jeżeli mi czas pozwoli.

7 kwietnia *Dr. L. Rydygier.*

* **Mianowania i odznaczenia.** Prof. E. Jäger we Wiedniu otrzymał krzyż komandorski, a prof. Billroth krzyż kawalerski orderu korony bawarskiéj, proff. zaś Arlt i K. Braun krzyż komandorski orderu zasługi św. Michała. — Dr. Egidio Welponer, asystent prof. K. Brauna we Wiedniu, mianowany został profesorem położnictwa w szkole akuszerek w Tryjeście.

* **Wiadomości osobowe.** Współpracownik nasz Dr. Stanisław Smoleński, b. asystent katedry fizyjologii w Uniw. Jagiell., autor kilku cennych rozpraw, napisanych samodzielnie lub pod kierownictwem prof. Korczyńskiego, a umieszczonych w tygodniku naszym i w pismach warszawskich, udaje się jako lekarz zdrojowy do Gleichenbergu. — Dr. Bogdanik, znany czytelnikom naszym jako autor listów z Londynu, powróciwszy z podróży naukowéj osiadł jako lekarz praktykujący w rodzinném swém mieście Biały. — Dr. Tarchalski, jeden z młodszych i zdolniejszych lekarzy szpitala św. Łazarza w Krakowie, otrzymał posadę lekarza gminnego i kąpielowego w Ustroniu na Szląsku austr. i począwszy od maja rb. tamże osiada.

* **Nekrologija.** *Gaz. des hôp.* donosi o śmierci Dra Leona Osieckiego, zmarłego w 73 roku życia, po 42 letniéj praktyce we Francyi. Syn zmarłego Dr. H. Osiecki praktykuje w St. Menehould. — W N. Yorku umarł znany chirurg Dr. Otis, kurator muzeum wojenno-chirurgicznego i autor wielu dzieł, traktujących o chirurgii polowéj.

W napaści na ekspedycyję półkownika Flattersa zamordowany został przez arabów tunetańskich i Dr. Guiard, młody lekarz wojskowy, rokujący świetne nadzieje, który jako uczeń medycyny już był odznaczył się podczas oblężenia Strasburga.

* **Konkurs.** W mieście obwodowém Bihač w Bośnii 2 kilometry oddaloném od granicy Kroacyi jest do obsadzenia posada lekarza miejskiego z płacą roczną 1000 złr., 150 złr. na pomieszkanie i 36 złr. na opał. Kompetujący Drowie medycyny winni wnieść podania w języku niemieckim lub kroackim do magistratu Bihača po dzień 1 maja rb. — Bliższych wiadomości może udzielić fizyk obwodowy Dr. Sopiński w Bihaču.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 15: Janiszewskiego: O działaniu kwasu pyrogallusowego w niektórych postaciach chorób skórnych; Dobrzyckiego: Sprawozdanie z działalności lecznicy w Mieni w r. 1880. — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 15: Peszkowskiego: Rana postrzałowa stawu barkowego; wypiłowanie górnéj części k. ramieniowéj; Strzyżowskiego: Zmarznięcie czy téż śmierć w skutek tłuszczowego zwyrodnienia serca. (dok.).

Redakcyja otrzymała:

Dr. J. SZPILMAN i prof. LUCHSINGER: Zur Beziehung von Leitungs- u. Erregungsvermögen der Nervenfasern. Bonn 1881. (Osobne odbicie z Pflügera Archiv. f. Phys.) in 8vo str. 11.

Dr. O. TREMBECKI: Sprawozdanie o ruchu i postępie z zakładu zdrojów leczniczych w Szczawnicy w r. 1880. Kraków 1881, in 8vo str. 27.

Pustomyty. Zakład kąpielowy (siarczany) otwarty w r. 1880. Lwów 1881, in 8vo str. 14.

Dr. Max. BRESGEN (w Frankfurcie n./M.): Der chronische Nasen u. Rachenkatarrh. Eine klinische Studie, mit 11 Abb., Wien u. Leipzig, Urban et Schwarzenberg 1881, in 8vo str. 87.

Towarzystwo lek. krak. odbędzie we Środę dnia 20 posiedzenie zwyczajne w sali **kliniki okulistycznéj**, na którém: 1) kol. Dr. Kułakowski odczyta pracę zapowiedzianą na przeszłe posiedzenie; 2) kol. Dr. Lutostański poda sprawozdanie z najnowszéj literatury higijenicznéj; 3) tenże mówić będzie: „o zakładach wodoleczniczych, ich znaczeniu i zadaniu“.

Do Nru dzisiejszego dołącza się: Zdanie sprawy z czynności Sekcyi lwowskiéj Tow. lek. gal. oraz Zakład zdrojowy Truskawiec w r. 1880.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.